

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA SANTÉ PUBLIQUE COMME ENJEU DE SÉCURITÉ
NATIONALE AU CANADA: TERRORISME CBRN ET
MALADIES INFECTIEUSES
(1995-2006)

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCE POLITIQUE

PAR
JULIE AUGER

OCTOBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

RERMERCIEMENTS

Ce mémoire a vu le jour sous la direction de Stéphane Roussel qui, en plus d'exiger rigueur et méthode tout au long de sa préparation, m'a offert un environnement de travail stimulant et une équipe formidable. Pour tout cela, je lui suis extrêmement reconnaissante. Merci également à chacun des membres de la Chaire PEDC pour avoir rendu le quotidien si agréable. Mes parents, Monique et Claude, ont joué un rôle aussi déterminant qu'indispensable dans la réalisation de ce mémoire et même davantage. Je ne les remercierai jamais assez. Mes remerciements vont enfin à Justin, parce qu'il sait voir le meilleur de moi-même et m'invite à le donner chaque jour.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
SÉCURITÉ NATIONALE ET SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA	
CHAPITRE I	19
LE PROCESSUS DE SÉCURISATION, DES ÉTUDES DE SÉCURITÉ À L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES: ÉLABORATION D'UNE APPROCHE THÉORIQUE UTILE À L'ANALYSE DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME ENJEU DE SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA	
1.1 Les Études de sécurité	19
1.1.1 L'école de Copenhague : le processus de sécurisation selon Ole Wæver	19
1.1.2 L'école de Parie. Bigo et Huysmans : une approche sociologique de la sécurisation	21
1.1.3 L'école de Aberystwyth. Keith Krause et Michael Williams : la sécurisation au-delà de l'État	23
1.1.4 Au-delà de la typologie de Wæver	23
1.2 L'Analyse des politiques publiques	25
1.2.1 Vers une nouvelle approche théorique : l'apport de Johan Eriksson	25
1.2.2 John Kingdon : sécurisation et mise à l'agenda décisionnel	26

1.2.3 James March et Johan Olsen : sécurisation et institutionnalisation	27
1.2.4 Ulrich Beck : sécurisation et enjeux diffus et globaux de sécurité	29
1.3 Une nouvelle approche théorique	30
CHAPITRE II	36
TERRORISME CBRN, SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA (1995 – 2006)	
2.1 Du Solliciteur général à Sécurité publique Canada : terrorisme CBRN, santé publique et sécurité nationale	38
2.1.1 Mise à l’agenda politique : interprétation discursive du terrorisme CBRN	38
2.1.2 Mise à l’agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant le terrorisme CBRN	45
2.2 Santé Canada : terrorisme CBRN, santé publique et sécurité nationale	53
2.2.1 Mise à l’agenda politique : interprétation discursive du terrorisme CBRN	53
2.2.2 Mise à l’agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant le terrorisme CBRN	58
2.3 Conclusions	64
CHAPITRE III	68
MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET RÉÉMERGENTES, SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA (1995 - 2006)	
3.1 Du Solliciteur général à Sécurité publique Canada : maladies infectieuses émergentes et réémergentes, santé publique et sécurité nationale	69
3.1.1 Mise à l’agenda politique : interprétation discursive des MIER	69
3.1.2 Mise à l’agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant les MIER	76

3.2 Santé Canada : maladies infectieuses émergentes et réémergentes, santé publique et sécurité nationale	82
3.2.1 Mise à l'agenda politique : interprétation discursive des MIER	83
3.2.2 Mise à l'agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant les MIER	88
3.3 Conclusions	95
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

2.1	La menace du terrorisme CBRN : Le processus de sécurisation de la santé publique au Canada (1995-2006)	67
3.1	La menace des MIER: Le processus de sécurisation de la santé publique au Canada (1995-2006)	98

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADM	Armes de destruction massive
ASPC	Agence de santé publique du Canada
BCP	Bureau du Conseil privé
CBRN	Chimique, biologique, radiologique et nucléaire
CIA	<i>Central Intelligence Agency</i>
COG	Centre des opérations du gouvernement
FBI	<i>Federal Bureau of Investigation</i>
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IRTC	Initiative de recherche et de technologie CBRNE
MI	Maladies infectieuses
MIER	Maladies infectieuses émergentes et réémergentes
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PSN	Politique de sécurité nationale
SC	Santé Canada
SCRS	Service canadien du renseignement de sécurité
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIU	Système national d'intervention en cas d'urgence
SPC	Sécurité publique Canada
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

RÉSUMÉ

Une véritable cascade d'événements – des attentats du 11 septembre 2001 à la crise du SRAS, sans compter le spectre de la grippe aviaire – a conduit le gouvernement du Canada à intégrer, parmi les six enjeux stratégiques clefs de sa première *Politique de sécurité nationale* (2004), la santé publique. Ni ce document, ni la documentation existante, portant directement ou indirectement sur l'association entre santé publique et sécurité nationale, n'offrent une explication satisfaisante du processus par lequel la santé publique, au cours des dix dernières années, est perçue comme un enjeu de sécurité nationale. Aucune approche théorique en Relations internationales n'offre également les outils adéquats qui permettraient la formulation de cette explication. L'objectif de ce mémoire consiste donc à élaborer une approche théorique inspirée par la théorie de la sécurisation de l'école de Copenhague, mais qui puise certains éléments dans le champ de l'Analyse des politiques publiques, puis d'appliquer cette approche au cas du Canada, pour la période 1995-2006. Dans le cadre de cet exercice, la mise à l'agenda politique et décisionnel de deux menaces qui pèsent sur la santé publique selon la *Politique de sécurité nationale* est donc soumise à observation, soit le terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire et les maladies infectieuses. Cette double mise à l'agenda est examinée dans le cadre des discours et activités du Solliciteur général du Canada, devenu Sécurité publique Canada, ainsi que de Santé Canada, à partir duquel a été créée l'Agence de santé publique du Canada. À terme, cet exercice démontre la nature compartimentée et les incohérences du processus de sécurisation de la santé publique au Canada. Cette conclusion invite dès lors à réfléchir sur son impact pratique, plus particulièrement quant à la satisfaction du premier objectif de *Protéger une société ouverte*, assurer la sécurité des Canadiens et du Canada.

Sécurité nationale. Sécurité publique. Canada. Terrorisme CBRN. Maladies infectieuses.

INTRODUCTION

SÉCURITÉ NATIONALE ET SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

Définie comme « la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de prolonger et d'améliorer la qualité de la vie par des efforts organisés de la société », la santé publique – du moins sa dimension qui consiste à *protéger* la santé – occupe une place de plus en plus importante dans l'ordre des priorités du gouvernement canadien (SC, 2003 :48). Le rapport « Leçons sur la crise du SRAS » explique que les transformations associées à la mondialisation accroissent la fréquence et la rapidité de la transmission des maladies infectieuses émergentes et réémergentes (MIER) (SC, 2003 : 16).¹ À ces infections naturelles s'ajoutent la crainte du terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire (CBRN), alimentée non seulement par la prolifération de ces agents (aussi associés à des armes de destruction massive (ADM)), mais surtout par les attentats à l'anthrax survenus en octobre 2001, aux États-Unis (Guillemin, 2005 :202). La *Stratégie en matière chimique, biologique, radiologique et nucléaire du gouvernement du Canada* souligne que, depuis ces attentats, « il existe une inquiétude permanente envers la menace de terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire. » (SPC, 2005 :2). Il paraît donc peu étonnant que le gouvernement du Canada inscrive, parmi les enjeux dont traite sa toute première *Politique de sécurité nationale* (PSN) « la contamination des aliments et de l'eau, les flambées de maladies graves comme le SRAS, les catastrophes naturelles, les accidents majeurs comme les déversements

¹ SRAS est l'acronyme de Syndrome respiratoire aigu sévère, une maladie des voies respiratoires d'abord apparue en Chine, qui s'est rapidement répandue et qui a été détectée au Canada en mars 2003.

de produits chimiques, voire la menace terroriste d'un attentat chimique, biologique, radiologique ou nucléaire » (BCP, 2004 : 31).

D'un point de vue théorique, l'inscription des menaces qui pèsent contre la santé publique parmi les enjeux de sécurité nationale n'a rien pour étonner; elle est associée à l'élargissement du concept de sécurité en Relations internationales à partir des années 1980 (Buzan, 1992).² Au-delà d'une vision de la sécurité qui ne considère que les menaces militaires envers l'État, sont en effet proposées des définitions élargies. Par exemple, selon Richard Ullman, une menace à la sécurité nationale correspond à:

an action or sequence of events that (1) threatens drastically and over a relatively brief span of time to degrade the quality of life for the inhabitants of a state, or (2) threatens significantly to narrow the range of policy choices available to the government of a state or to private, non-governmental entities (persons, groups, corporations) within the state (Ullman, 1983 : 129).

Pour sa part, Barry Buzan définit comme menaces à la sécurité nationale, c'est-à-dire à la survie de l'idée de l'État, de ses institutions et de son territoire physique, les menaces militaires, politiques, sociétales, économiques et environnementales (Buzan, 1991). Cet élargissement du concept de sécurité en cinq secteurs découle de l'hégémonie du libéralisme qui, consacrée avec la fin de la guerre froide, engendre une « réinvention » de la sécurité en termes non militaires. Autrement dit, alors que s'installe la paix promise par la démocratie et l'économie libérales et que tombe en désuétude la menace militaire, naissent paradoxalement de nouvelles préoccupations sécuritaires : le libéralisme alimente, par exemple, l'insécurité des sociétés en raison de l'homogénéisation culturelle dont elle est parfois synonyme (Buzan et Wæver, 1998).

Si l'origine théorique de la relation entre santé publique et sécurité nationale que l'on retrouve dans la PSN peut être établie, il en va autrement de l'articulation plus précise de ce lien. Comment la santé publique est-elle devenue un enjeu de sécurité nationale? Par quels processus? En fonction de quelles menaces?

² L'utilisation d'une majuscule, au terme « Relations internationales », signifie que nous faisons référence au champ d'études plutôt qu'à la pratique des relations internationales.

À première vue, la théorie de la sécurisation de Ole Wæver paraît toute indiquée afin d'assurer une meilleure compréhension de l'articulation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale. Associé à l'École de Copenhague, Wæver se fonde sur l'analyse du libéralisme et adopte la typologie des secteurs de sécurité élaborée par Buzan pour expliquer le processus de sécurisation, c'est-à-dire le processus par lequel un objet devient un enjeu de sécurité nationale (Wæver, 1995). Toutefois, puisque cette théorie correspond à l'application d'une logique stricte de survie de l'État, les menaces à la santé publique sont écartées de l'analyse alors qu'elles concernent plutôt la survie d'espèces (animales ou végétales) et d'habitats (Buzan, 1991 :131; Wæver, 1995; 51-53).

Pour combler ce « vide » théorique, le document *Protéger une société ouverte* ne se révèle par ailleurs d'aucun secours. La PSN ne fournit qu'une compréhension limitée de la manière dont Ottawa définit actuellement la sécurité nationale en lien à la santé publique. Elle souligne simplement la dimension d'élargissement de la sécurité présentée ci-haut : si les Canadiens ont toujours fait face à des menaces à leur sécurité nationale, « à l'aube du XXI^e siècle, nous sommes exposés à des menaces nouvelles et plus complexes » (BCP, 2004 :1). La PSN, à tout le moins, énonce parmi les menaces à la sécurité nationale le terrorisme CBRN, de même que les MIER, regroupées sous la bannière d'un même enjeu focal, la santé publique.

Bien que ces menaces, ainsi que le thème de la santé publique, forment un domaine exploré par plusieurs experts, les sections suivantes confirment, à l'instar de la théorie de la sécurisation et de la PSN, la faible compréhension qui existe de l'articulation entre santé publique et sécurité nationale.

Terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire

La documentation sur le terrorisme CBRN reflète, à partir des années 1990, l'inquiétude soulevée par les révélations sur l'ampleur du programme soviétique, l'arsenal possédé par Saddam Hussein, la prolifération et l'accessibilité croissantes des technologies, ainsi que la vulnérabilité des États-Unis, comme unique superpuissance, aux attaques dites

« asymétriques »³ (Guillemin, 2005a : 201-205). Principalement américaine, d'ailleurs, cette documentation est associée à trois idées importantes.

Une première idée concerne la nature, ainsi que l'ampleur du phénomène associant terrorisme et agents CBRN. Plusieurs examinent la genèse du terrorisme CBRN, ancrée d'abord dans les arsenaux des grandes puissances dès le début du XX^e siècle, puis dans l'évolution du phénomène terroriste à partir des années 1970. Cette évolution est généralement décrite en fonction de trois facteurs : 1) les motivations religieuses plutôt que politiques des terroristes, porteuses d'une violence indiscriminée, non mesurée et donc potentiellement associable à l'utilisation d'ADM; 2) les capacités techniques croissantes des terroristes, alimentées par la prolifération des ADM suite à l'effondrement de l'Union soviétique ou simplement par l'accessibilité de l'information sur Internet; 3) enfin, l'organisation des terroristes en réseaux, dominés par un chef charismatique qui « glorifie » l'utilisation des ADM (Allison, 2004; Hoffman, 1997; Laqueur, 1999; Post, 2000; Stern, 1999).

Si cette genèse du terrorisme CBRN ne porte pas à débat puisque les auteurs s'entendent sur sa nature « objective », il en va autrement de l'ampleur de ce phénomène, soulevant des interprétations différentes. Certains soulignent l'imminence de la menace et ses conséquences catastrophiques (Allison, 2004; Falkenrath, 1998): « Such a threat envisages much more devastation in life and property than most terrorists attacks have effected to date [...] » (Hamilton, 2006 :20). D'autres associent plutôt le terrorisme CBRN à une menace construite, dont l'imminence reflète avant tout son impact psychologique sur la perception des dirigeants politiques. Non seulement les risques d'un attentat CBRN demeurent-ils faibles, mais son envergure est en effet aussi discutable. Alors qu'en 2000, 63 000 Américains meurent de pneumonie et 15 000 du VIH/sida, cinq seulement décèdent des attentats à l'anthrax de 2001 (Gofin, 2005; Siegel, 2005 : 18). Un attentat perpétré à l'aide d'agents CBRN provoquerait également une panique généralisée (*mass panic*), plutôt qu'une destruction massive (Janson, 2002). Divers facteurs alimentent cet impact psychologique : le discours alarmiste des médias et de certains gouvernements (Guillemin, 2005b; Weir, 2001; Wessely, 2003), un sentiment

³ Dans ce contexte, l'asymétrie est définie simplement comme un conflit dans lequel « a weak actor battles a powerful one » (Lansford, 2006 :21).

d'insécurité populaire croissant depuis septembre 2001 (Harvey, 2006; Holloway, 2001;) et la nature particulière des agents CBRN, souvent invisibles, incolores ou indolores, sources de craintes irraisonnées (Siegel, 2005 : 20; Stern, 1999 :35).

Une seconde idée importante concerne la lutte contre la prolifération mondiale des ADM. Plusieurs considèrent la menace du terrorisme CBRN comme une affaire de gouvernance internationale : les États représentent simultanément la source du problème de la prolifération, particulièrement les États « faibles », et sa solution, par le biais des conventions et des organisations internationales, mais aussi par le pouvoir dissuasif de leurs forces armées. Cette analyse se fonde sur l'idée selon laquelle la prolifération est d'abord liée aux États ayant des affiliations terroristes :

In Northeast Asia, North Korea's extensive NBC weapons program threatens Japan, South Korea, and U.S. forces and interests in the region. In North Africa and the Middle East, rogue states – Libya, Syria, Iran, and Iraq – are poised to use all means at their disposal to threaten U.S. and allied interest in the region and beyond. Many of these countries have ties to terrorists, religious zealots, or organized crime groups who are also seeking to use these weapons (Lederberg, 2001 :vii).⁴

Les solutions à apporter à ce phénomène divergent cependant. D'une part, certains encouragent les gouvernements et plus particulièrement celui des États-Unis à assurer, par le biais de conventions internationales « améliorées », la transparence des programmes de recherche CBRN entre les États ou encore, en tirant des leçons du programme d'éradication de la variole par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à réglementer l'accès aux technologies à double application (Boyle, 2005; Kadlec 1997; Tucker, 2006). Une gouvernance mondiale de la prolifération des ADM contribuerait ainsi à prévenir des incidents sur les territoires nationaux. D'autres n'en sont toutefois pas convaincus, leur solution s'éloignant d'une vision multilatérale (Kadlec, 1997): l'objectif central demeure « to prevent countries from acquiring NBC weapons and their delivery systems or to roll back these programs when proliferation has occurred » et ce, par tous les moyens internationaux

⁴ Pour un portrait complet des ADM, du problème de la prolifération et de l'état actuel des conventions internationales, consulter le plus récent rapport de la *Carnegie Endowment for International Peace* (Cirincione et al, 2005).

possibles, de la diplomatie et des activités de renseignement aux actions militaires menées unilatéralement (Cohen, 2001; Paracini, 2003).

La troisième idée retient plus particulièrement l'attention, car elle établit le lien entre terrorisme CBRN et santé publique. Plus récente que les deux idées précédentes et associée cette fois à une vision domestique de préparation et de réponse contre le terrorisme (*homeland security*), elle réunit des auteurs pour qui la menace CBRN s'articule à la problématique de la santé publique. Le lien qui existe ainsi entre terrorisme CBRN et santé publique est plus précisément défini selon trois points de vue (Sloan, 2005) :

a) Dans la foulée des attentats à l'anthrax de 2001, la collaboration est primordiale entre les autorités dites de sécurité (Département de la sécurité intérieure, services de renseignement, policiers, pompiers) et celles de santé publique, appartenant à un même État, mais aussi, parfois, à des paliers de gouvernement différents (Anonyme, 2004). Les autorités et intervenants de santé publique se situent après tout sur la ligne de front lorsqu'il est question d'identifier des agents biologiques, de traiter des patients ou encore de développer des vaccins (Dworkin et al, 2003; Fadda et Cattani, 2003; Lederberg, 2001). Leur rôle incontournable permet de plaider en faveur d'un renforcement des infrastructures de santé publique : en 2001, après que le directeur du *Federal Bureau of Investigation* (FBI) eut annoncé que la population devait demeurer extrêmement vigilante en raison de la circulation de deux enveloppes contaminées par le bacille de l'anthrax, les laboratoires américains ont reçu plus d'échantillons qu'ils ne pouvaient en tester, créant ainsi « an unprecedented workload in bioterrorism evaluation » (Dworkin et al, 2003 : 504). Les autorités et intervenants en santé publique, que ce soit au niveau fédéral ou des états, doivent par conséquent recevoir une formation adéquate sur les agents CBRN, tandis que des protocoles de diagnostics uniformes et des mécanismes de surveillance spécifiques doivent être établis. (Fadda et Cattani, 2003; Lane et Fauci, 2001 : 2596; Mollaret, 2002; Pavlin, 1999 : 730). Notons toutefois que cette vision maintient la dichotomie entre les urgences de santé publique et celles provoquées par un acte intentionnel. En d'autres termes, les autorités de santé publique jouent un rôle d'appui, leur expertise étant requise uniquement pour appuyer les autorités de sécurité (application de la loi, renseignement) en cas d'attaque

bioterroriste. Selon ce premier point de vue, il s'agit donc de résoudre un crime, un événement puni par le Code criminel dont la dimension sanitaire demeure secondaire (Butler et al, 2002; McDade et Franz, 1998). Cette dimension est d'autant plus limitée qu'elle ne comprend aucun rapprochement entre les conséquences d'un attentat chimique, radiologique ou nucléaire et la protection de la santé.

b) La collaboration entre les autorités de sécurité et de santé publique d'un État est nécessaire, non seulement pour faire face à un attentat bioterroriste, mais également à des attentats CBRN ou, de façon générale, à tout type d'attentat terroriste, incluant ceux contre le World Trade Center et le Pentagone en 2001 (Anonyme, 2004; Gofin, 2005; Janson, 2002). Si l'importance de la santé publique dans la préparation contre des attentats terroristes de toute nature est soulignée, puisque simplement « they occur inside national and continental security perimeters », il n'en reste pas moins que santé publique et sécurité demeurent des domaines séparés, le premier concernant la gestion des urgences et, le second, une forme traditionnelle de dissuasion (St-John et Giroux, 2002 : 165):

While it is clearly important to invest in deterrence measures (policy and security) to counter terrorist activities, the question must be asked if we are investing strategically to achieve a balance between national security and public health security or, said differently, between deterrence and consequence management of disasters and emergencies (Ibid).

c) Un changement important de perspective survient, alors que la santé publique n'est plus associée à la préparation contre le terrorisme CBRN; c'est plutôt la menace terroriste CBRN qui est considérée cette fois sous un angle sanitaire. Pour certains, l'infrastructures de santé publique peut tirer certains bénéfices de la menace terroriste CBRN, dont par exemple une excellente justification appuyant la demande de nouveaux investissements dans le domaine de la santé. Or, guidés par la peur d'agents très spécifiques, ces investissements pourraient résulter en des mesures limitées et à court terme, donc sans bénéfices pour la prévention, la détection et le traitement des maladies infectieuses en général. La relation entre santé publique et terrorisme, par conséquent, doit être envisagée selon une perspective sanitaire plutôt que sécuritaire : « A proper understanding of what is really necessary to manage the public health consequences of bioterrorism could lead to long-term improvements in the

public health system, with benefits far beyond the management of bioterrorism. » (O'Brien et Rathbun, 2002 : 687). Ces bénéfices pour la santé publique sont associés à une gestion des urgences en fonction du principe de résilience, une préparation souple contre les problèmes non anticipés: « A strong public health infrastructure is a social necessity for managing the consequences of acts of terror, and all other hazards such as climate extremes, earthquakes, etc. » (Avery, 2004; St-John et Giroux, 2002 : 166). Une gestion des urgences axée sur le terrorisme correspond pour sa part à l'application du principe d'anticipation ou à une préparation en fonction d'agents spécifiques très connus (anthrax, botulisme, variole, etc.), motivée par des pressions politiques et se réalisant au détriment des besoins généraux en santé publique (Avery, 2004 : 276).

Ces trois points de vue, les plus fréquemment évoqués dans la documentation, contribuent soit à maintenir la dichotomie entre santé publique (soutien, services d'urgence) et sécurité nationale (application de la loi et renseignement), soit à mettre de l'avant « l'angle sanitaire » du terrorisme CBRN. Cette dernière vision pourrait sembler prometteuse, particulièrement lorsque reprise par David Fidler et désignée sous le concept de « sécurité de la santé publique ». L'auteur fait effectivement référence « to the policy areas in which national security and public health concerns overlap » (Fidler, 2003 : 789). La nature de leur rencontre est déterminée par la définition même de ces concepts, soit la santé publique et la sécurité nationale. Alors que celle de la santé publique ne porte généralement pas à débat (« what we, as a society, do collectively to assure the conditions in which people can be healthy »), celle de la sécurité nationale varie davantage (Ibid : 787). Une vision de *realpolitik*, selon laquelle la sécurité nationale concerne les menaces externes à la sécurité/survie de l'État, domine actuellement aux États-Unis. Adopter cette définition de la sécurité nationale ne va pas sans conséquences pour la relation entre santé publique et sécurité nationale : la gestion du terrorisme prend le pas sur celle des maladies infectieuses, puisque l'idée d'une « invasion de pathogènes » est moins compatible, voire crédible, que la perspective d'attentats terroristes perpétrés par des groupes externes (Ibid : 818-819-853).

Si le concept de sécurité de la santé publique est pertinent en ce qu'il permet d'interroger la vision canadienne de la sécurité nationale en lien à la santé publique, son application semble

cependant beaucoup plus complexe que ne l'avance Fidler. La sécurité nationale ne peut se résumer à la protection contre des menaces externes à l'État : les attentats de Madrid et Londres, le complot visant Toronto et même les attentats d'Oklahoma City montrent que le terrorisme constitue aussi une menace interne, à l'instar de la propagation des pathogènes. Surtout, David Fidler définit la sécurité nationale en fonction de sources théoriques spécifiques. Autrement dit, non seulement une vision de *realpolitik* de la sécurité nationale existe-t-elle, fondée sur la théorie réaliste, mais existent également des définitions de la sécurité nationale s'appuyant sur le libéralisme, le constructivisme social et la théorie évolutionniste (Fidler, 2003 : 801). Or, selon David Baldwin, une telle approche concerne davantage « the policy agendas of nation-states than the concept of security itself » (Baldwin, 1997 : 5) : l'objectif de la sécurité nationale correspond par exemple à la sécurité de l'État (réalisme), à la sécurité entre les États pour le bénéfice des individus (libéralisme), à la sécurité des individus mêmes et de leurs communautés (constructivisme social) ou encore à un équilibre dit sécuritaire entre les pathogènes et les populations humaines (évolutionnisme) (Fidler, 2003 : 801). Cette attribution arbitraire des objectifs de sécurité nationale par l'auteur rend mal leur complexité, voire leur multiplicité, présente dans l'interprétation ou la conception même qu'un État a de sa sécurité nationale et comment il pourrait intégrer, dans cette conception, la notion de santé publique.

Maladies infectieuses émergentes et réémergentes

Les MIER sont définies comme des « diseases of infectious origin whose incidence on humans has increased within the past two decades or threatens to increase in the near future. » Cette définition comprend donc non seulement les maladies nouvellement identifiées (VIH/sida, SRAS), mais aussi celles que l'on croyait vaincues, telles que la tuberculose (Fidler, 2004a : 42). Alors que les maladies infectieuses deviennent un enjeu de politique étrangère seulement au milieu du XIX^e siècle, les nations européennes n'ayant d'autre choix que de coopérer face à la menace du choléra, la préoccupation qu'elles représentent s'estompe ensuite avec le développement des infrastructures de santé publique. Ces dernières se développent si bien, d'ailleurs, qu'en 1943 le *U.S. Surgeon General* soutient que la santé publique moderne a eu raison des maladies infectieuses, une confiance qui

résulte en une diminution de l'intérêt porté envers la santé publique. À l'approche du XXI^e siècle, cependant, la pandémie de VIH/sida, ainsi que la crainte du bioterrorisme alimentent la réflexion sur les MIER, témoignant d'un intérêt renouvelé envers la santé publique : « Health now features prominently in debates concerning national and homeland security, international trade, economic development, globalization, human rights, and global governance » (Fidler, 2004b : 2). Plus simplement, la santé publique fait désormais l'objet de préoccupations politiques nombreuses, exprimées par le concept de *microbialpolitik*. Reflet de la relation entre « germes » et politiques, il exprime l'idée selon laquelle la question des MIER en est une à la fois de politiques nationales et internationales, voire globales (Fidler, 2004 : 18; Foreman, 1994 : 2).

Un stéréotype fréquent véhicule l'image selon laquelle les virus ne connaissent pas de frontières et représentent par conséquent un enjeu global (Fidler, 2004a). Selon une approche dite « écologique » des Relations internationales, la gouvernance globale des MIER est en fait nécessaire, puisque les États ne sont que « semi-souverains » ou, autrement dit, demeurent à la merci de l'environnement naturel dans lequel ils baignent (Brundtland, 2005; Karesh et Cook, 2005; Mckee, 2003; Pirages, 1997). En outre, puisque le processus de mondialisation qui contribue à la transmission des maladies apparaît irréversible, « the international management of the epidemiological consequences of globalization must be one of the highest priorities for the emerging council of the global village. » (Pirages, 1997 : 59). Surtout, dans ce « village global », les États-Unis doivent jouer un rôle particulier : « A key dimension of this new global health strategy would be to address the larger issues of social justice, democracy, and law that are paramount to health in the context of globalization and that are part of U.S. political tradition » (Kickbush, 2003 : 132).

Actuellement, cette gouvernance globale des MIER est toutefois moins le fait d'initiatives américaines que des pouvoirs accrus de l'OMS depuis l'épisode du SRAS. Les principes de la souveraineté des États ont alors été remis en cause, l'OMS ayant notamment puisé des informations sur l'épidémie auprès d'organisations non gouvernementales et ce, contre la volonté des autorités chinoises (Fidler, 2004a). La gouvernance globale des MIER est-elle pour autant bien établie? Les positions à cet égard demeurent prudentes, car, en dépit des

progrès réalisés lors du SRAS, il n'en demeure pas moins que des politiques internationales, plutôt que globales, dominent la gestion de la santé publique, au sens où les États coopèrent dans des forums internationaux en fonction de leurs priorités de politique étrangère et non pas au nom d'un « bien public global » (Gostin, 2004; Fidler, 2004a, Ricciardi, 2003). Parce qu'elles s'imposent au détriment de problématiques graves – telles que les effets à long terme de la propagation du VIH/sida parmi les soldats onusiens et de l'Union africaine – ces priorités mettent en péril la stabilité et la sécurité mondiales (Garret, 2005 : 64; Osterholm, 2005 :29) :

In health, the United States retreats when it sees a threat to its own economic or domestic policy interests.[...] American unilateralism weakens international organizations and mechanisms, and its hegemonic power defines global strategies (Kickbusch, 2003 :138).

Aside from economics, the disease would likely directly affect global security, reducing troops strength and capacity for all armed forces, U.N. peacekeeping operations and police worldwide (Garret, 2005b : 4).

We also know that, in poor countries where people feel powerless, and watch as much of the world gets richer, they can bundle hatred and channel it in the most devastating ways. A giant construction site where the World Trade Center used to be will always remind us of a world of conflict, a world divided. It exposes a new awareness of our vulnerability (Brundtland, 2005 : 4).

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'aspect national des politiques concernant les MIER, d'autres auteurs soulignent le caractère primordial d'infrastructures de santé publique domestiques fortes pour assurer la gestion de ces maladies (Svoboda et *al*, 2004) :

The reductions in infectious disease morbidity and mortality achieved in the era of the globalization of infectious diseases in the latter half of the nineteenth and first half of the twentieth centuries suggests that the strategic driver was not international cooperation but domestic public health reforms – in other words, self-help (Fidler, 2003 :853).

Deux perspectives nationales sont alors identifiées. La première lie santé publique et science médicale ou microbiologique : l'importance du dialogue entre les deux domaines est soulignée, le second étant porteur d'une connaissance avancée des phénomènes à l'origine des MIER, connaissance permettant la mise en place de mesures de surveillance, de détection et de traitement adéquates. (Karesh et Cook, 2005; Morse, 1993). La seconde perspective

nationale, pour sa part, privilégie le lien entre droit et santé publique, qui concerne notamment l'équilibre entre gestion des urgences et libertés individuelles (lorsqu'il est par exemple question des lois sur la quarantaine) (Foreman, Gostin et al, 2002), la nationalisation de la production de vaccins ou d'anti-viraux (Garret, 2005b), la modification des lois existantes afin de répondre aux exigences de l'OMS (Lazar et Wilson, 2005) ou encore le partage des responsabilités entre les différents paliers de gouvernement (Jackman, 2000; Wilson, 2000).

Ces deux perspectives soulignent non seulement l'importance des infrastructures nationales, mais traduisent surtout une gouvernance verticale de la santé publique, par opposition à une gouvernance horizontale (Fidler, 2004c). La gouvernance horizontale, selon laquelle les maladies infectieuses représentent une menace externe aux intérêts des États et doivent être gérées par le biais de politiques étrangères favorisant la coopération internationale, dominait la santé publique entre 1850 et 1945. En revanche, la gouvernance verticale signifie que les maladies infectieuses sont considérées comme une menace contre laquelle il faut d'abord lutter à l'intérieur de chaque État, grâce à une infrastructure de santé publique forte, mais aussi grâce aux recommandations et exigences globales émises par l'OMS (Fidler, 2004c). Le concept de *microbialpolitik* met donc en lumière un paradoxe. Bien qu'il souligne d'une part l'importance des intérêts nationaux dans la gestion des MIER, il associe d'autre part, dans un contexte de gouvernance verticale, les politiques nationales à un terreau fertile à la gouvernance globale de la santé publique : « Global health governance, and the production of global public good for health, remain dependent on the quality of national public health governance. » (Fidler, 2004a : 171).

Dans cette seconde section, portant sur les MIER, on remarque très nettement l'absence de liens avec la sécurité nationale. La dichotomie entre les deux domaines demeure donc. Toutefois, cette section met en exergue un élément également présent lorsqu'il est question de terrorisme CBRN, soit l'importance des frontières nationales et donc la pertinence de l'État comme unité d'analyse. Autour de cette unité s'articule la compréhension des menaces, quelles qu'elles soient. C'est l'État qui, en d'autres termes, demeure la cible désignée de menaces qui lui sont externes, mais qui le visent directement, telles que le terrorisme CBRN,

ainsi que de menaces indirectes, à la fois internes et externes, telles que les MIER. Pour résumer ces catégories, la première peut être associée au bien connu « axe du mal » (*axis of evil*) et la seconde au « nouvel » « axe de la maladie » (*axis of illness*) (Fidler, 2004c). Or, si l'État est aussi central, on remarque que très peu d'études non scientifiques ou non techniques (qui n'appartiennent pas au domaine de la biologique, de l'épidémiologie) portent directement sur la santé publique au Canada (Lazar et Wilson, 2005 ; Jackman, 2000; St-John et Giroux, 2002). Lorsque le Canada est mentionné dans le cadre d'analyses en sciences sociales, c'est généralement pour sa contribution à la gouvernances internationale des MIER, plutôt que sur sa réaction strictement nationale à une crise, comme celle du SRAS (Fidler, 2004a). En matière de terrorisme CBRN, la perspective canadienne est largement négligée au profit d'analyses concernant essentiellement les États-Unis.

Ainsi émerge un problème présent dans la documentation actuelle sur le terrorisme CBRN et les MIER: bien que la sécurité nationale, concept central dans la documentation, soit comprise au-delà d'une perspective strictement militaire en incluant les menaces à la santé publique, l'état actuel des connaissances n'offre pas une compréhension satisfaisante de l'articulation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale, en particulier en ce qui concerne le Canada. À cette lacune s'ajoute, non seulement le silence de la PSN sur le sujet, mais également l'absence d'outils théoriques adéquats pour l'aborder.

En somme inspiré par cette triple omission, à la fois théorique, politique et analytique, l'objectif de ce mémoire est de deux ordres. D'une part, il s'agit d'élaborer une approche théorique qui, inspirée par le concept de sécurisation, permette l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale. Cette approche devra déborder les travaux de Wæver, ancrés dans la logique de survie de l'État, pour considérer l'apport d'autres écoles, voire d'autres champs d'études que celui des Relations internationales, s'intéressant directement ou indirectement au processus par lequel un enjeu devient un enjeu de sécurité. D'autre part, le second objectif de ce mémoire consiste à appliquer cette approche théorique au Canada, en fonction de deux menaces à la santé publique énoncées dans la PSN de 2004, soit les MIER, ainsi que le terrorisme CBRN, pour la période comprise entre 1995 et 2006. Rencontrer ce double objectif offrira une meilleure compréhension de l'articulation de la santé publique

comme enjeu de sécurité nationale au Canada, à savoir comment la santé publique est associée à la sécurité nationale. Cette meilleure compréhension, en définitive, alimentera la réflexion sur le premier et certainement le plus fondamental objectif de la PSN, soit d'assurer la protection des Canadiens et du Canada.⁵ Il ne suffit pas, en effet, que le gouvernement *énonce* dans sa politique son engouement pour la santé publique, en lien à la sécurité nationale, afin d'assurer cette double protection, unanimement décrite comme le premier devoir de tout gouvernement. Encore faut-il que cet engouement fasse preuve de cohérence au-delà du discours, un élément que permet de déterminer l'approche théorique adoptée.

Démarche analytique

Plus simplement, la problématique abordée est la suivante : comment le processus de sécurisation de la santé publique s'articule-t-il au plan théorique? Comment l'articulation de ce processus s'applique-t-elle au Canada et pourquoi? Et que signifie finalement ce processus quant à la sécurité des Canadiens et du Canada, promis dans la PSN ?

Puisque cette problématique comporte d'abord une dimension théorique, puis pratique, l'hypothèse de travail obéit à ce même modèle : **1) le processus de sécurisation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale est articulé en fonction d'une mise à l'agenda politique, suivie d'une mise à l'agenda décisionnel des menaces qui visent cet enjeu; 2) dans le cas du Canada, le processus de sécurisation de la santé publique est articulé en fonction de deux menaces, le terrorisme CBRN et les MIER. L'application de l'approche théorique choisie montre que ce processus est compartimenté et manque de cohérence.**

⁵ Les deux autres objectifs de la PSN sont d'assurer que le pays n'est pas une source pour des menaces visant nos alliés et de contribuer à la sécurité internationale (BCP, 2004 : 5-6).

Structure du mémoire

Une analyse de type déductif, consistant en l'application d'une approche théorique permettant une meilleure compréhension de l'articulation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale au Canada, est proposée.

L'élaboration de cette approche théorique demeure bien entendu préalable à son application. Elle s'appuie sur l'analyse de la théorie de la sécurisation selon Ole Wæver pour ensuite, en utilisant la typologie des écoles de sécurité, examiner comment cette théorie peut être utilisée afin d'analyser le processus par lequel la santé publique est associée à un enjeu de sécurité nationale. Cette première étape est donc franchie à l'aide de documents essentiellement théoriques, dont les auteurs appartiennent non seulement au domaine des Études de sécurité, mais aussi à celui de l'Analyse des politiques publiques.

L'application de cette approche théorique au cas du Canada se fera en deux grandes étapes. Chacune concerne un agenda gouvernemental ou l'une des deux menaces principales à l'enjeu focal incarné par la santé publique : le terrorisme CBRN et les MIER. Le processus de sécurisation de la santé publique, pour chacun de ces agendas, est alors compris comme une mise à l'agenda politique, de même qu'une mise à l'agenda décisionnel des menaces qu'ils désignent. Or, si le processus de sécurisation se révèle par une mise à l'agenda de deux menaces précises, celles-ci doivent être examinées en fonction d'institutions gouvernementales préalablement identifiées qui traitent de ces menaces. En raison de leur pertinence en ce qui a trait à la gestion du terrorisme CBRN et des MIER, nous choisissons de soumettre à l'analyse deux institutions canadiennes fédérales: Sécurité publique Canada (SPC) et Santé Canada. Ces deux institutions étant soumises à une analyse qui s'échelonne sur la période 1995 à 2006, nous considérons bien sûr leurs transformations spécifiques : notamment, avant 2001, SPC correspond au Solliciteur général du Canada, alors qu'en 2003, en parallèle à Santé Canada, est créée l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

De façon plus détaillée, l'agenda qui correspond à la menace du terrorisme CBRN fait l'objet d'un processus de sécurisation qui consiste en sa mise à l'agenda politique, puis décisionnel.

Pour chacune des deux institutions énoncées, la mise à l'agenda politique est d'abord examinée en fonction des discours des responsables du gouvernement, par exemple la ministre Anne McLellan pour SPC, puis sa mise à l'agenda décisionnel est examinée à son tour. Cet examen, qui concerne les activités institutionnelles dont fait l'objet le terrorisme CBRN, consiste à analyser les *Rapports sur le rendement*, les projets de loi et autres réalisations concrètes. La même démarche est appliquée au second agenda identifié, qui correspond à la menace des MIER : la mise à l'agenda politique et décisionnel de cette menace sera de la même façon examinée pour chacun des deux ministères choisis.

Par ailleurs, les sources utilisées en ce qui a trait à l'analyse des discours politiques et institutionnels correspondent à des sources primaires. Les discours des ministres, des sous-ministres et de leurs porte-parole dans le premier cas sont analysés, alors que dans le second, les documents officiels des ministères et agences concernés, de même que les discours de leurs hauts responsables sont examinés. Finalement, concernant l'analyse des pratiques institutionnelles, d'autres sources empiriques ou factuelles sont mises à profit, puisque des budgets, des remaniements ministériels, la création d'agences, des lois et des projets de loi sont alors soumis à examen.

Apports et limites de la recherche

Cette entreprise plutôt ambitieuse souffre de certaines limites qui n'affectent toutefois en rien sa pertinence. En témoignent notamment les multiples avenues qu'elle inspire, pour la plupart faiblement explorées ou explorées sous un angle différent dans la documentation existante.

Un premier type de limite serait par exemple épistémologique. Une nouvelle approche théorique est élaborée sur la base des Écoles de Copenhague, Aberystwyth et de Paris, en plus de puiser des éléments clefs appartenant à l'Analyse des politiques publiques. Cette entreprise, qui se veut l'ébauche d'un outil utile à l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale, est loin de prétendre à la perfection et son application révélera sans aucun doute ses imperfections. Ces dernières seront d'autant plus difficiles à évaluer (à quoi sont-elles dues, peuvent-elles être corrigées ou remettent-elles complètement en cause

l'approche développée?) que ce mémoire consiste en l'application de l'approche théorique pour une seule étude de cas, c;io du Canada, qui ne génère ainsi qu'un nombre limité de données susceptibles de nous informer à ce sujet.

Un second type de limite est de type ontologique, au sens où ce mémoire délaisse davantage d'éléments qu'il n'en observe effectivement. Notamment, bien que le terrorisme CBRN et les MIER incarnent les menaces à la santé publique les plus fréquemment mentionnées et qui font l'objet des mesures certainement les plus médiatisées, il en existe plusieurs autres. Les désastres naturels et les accidents industriels constituent des menaces qui préoccupent également le gouvernement canadien et qui, pour leur dimension sanitaire, sont incorporées à la vision intégrée de la sécurité nationale. Autrement dit, bien que notre approche théorique permettrait d'explorer de multiples agendas politiques et décisionnels et ainsi d'obtenir une compréhension plus juste de l'articulation du processus de sécurisation de la santé publique au Canada, ce mémoire se limite à l'analyse de deux d'entre eux.

Plus fondamentalement encore, toujours au plan ontologique, ce mémoire adopte le point de vue fédéral de la sécurité nationale et de la santé publique, n'effleurant que très rarement la question des provinces et des municipalités. Ce choix méthodologique s'explique par la richesse des avenues d'analyse possibles qu'elles génèrent, impossible à rendre de manière satisfaisante dans ce seul travail. Les événements de 2001 et 2003 en sont notamment responsables, générant une vision « intégrée » de la sécurité nationale à laquelle l'ensemble des acteurs de la fédération canadienne ont été conviés à participer :

Dans la foulée des attaques terroristes du 11 septembre 2001 sur le *World Trade Centre* et les attaques bioterroristes à l'anthrax aux États-Unis, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ce sont réunis [...] La tragédie vécue par nos voisins américains a suscité un fort sentiment de solidarité aux tables FPT [...] (Santé Canada, 2003 : 103).

C'est également suite aux événements de 2001 qu'est mise sur pieds la Compagnie interarmées CBRN des forces canadiennes, dont le mandat consiste à « travailler en étroite collaboration avec les autorités locales, ce qui exige des soldats qu'ils adaptent leurs compétences à celles de leur partenaires » (Grimard, 2003). Le contexte fédéral post-11

septembre et post-SRAS soulèvent donc une multitude de questions, portant autant sur l'articulation des mécanismes nés de ces crises et leur fonctionnement (notamment sur le partage des compétences) que sur leur impact au niveau de l'unité nationale (la réaction du Québec). Nonobstant l'importance fondamentale de ces questions, c'est toutefois uniquement sous un angle fédéral qu'est abordé pour le moment *Protéger une société ouverte*. Il s'agit d'une étape incontournable pour une première analyse confrontant les notions complexes de santé publique et de sécurité nationale.

D'ailleurs, même en ne considérant que cet angle fédéral comme première étape d'analyse, il serait possible de soumettre à l'examen d'autres institutions à l'origine de ces agendas, en plus de SPC et Santé Canada. Par exemple, le ministère des Affaires étrangères est premier responsable de la gestion d'un attentat CBRN dans lequel des Canadiens seraient impliqués à l'étranger, sans compter ses activités nombreuses contre le VIH/sida et d'autres maladies partout dans le monde. Le ministère de la Défense nationale, pour sa part, possède une unité de Forces spéciales prête à intervenir en moins de 24 heures, partout au Canada et à l'étranger, en cas d'incident chimique, biologique, radiologique ou nucléaire. Cela dit, pour les besoins de cette analyse, il a fallu s'en tenir à un nombre limité d'agendas (CBRN, MIER) et d'institutions (SPC, Santé Canada), soit les plus centraux lorsqu'il est question de santé publique et de sécurité nationale. Cette limite a toutefois ceci de positif qu'elle encourage, en révélant le caractère fécond de notre approche théorique, la poursuite d'analyses associant santé publique et sécurité nationale.

Dans l'ensemble, bien que cette analyse ne se prétende pas exhaustive, elle sera en mesure de mettre en lumière l'articulation du processus de sécurisation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale au Canada, entre 1995 et 2006. Surtout, elle permettra, grâce à une approche théorique cernant deux agendas ou menaces liées à un même enjeu focal, d'amorcer une réflexion sur cette articulation, voire d'en mettre à jour les incohérences et les effets en regard au premier objectif énoncé en 2004, c'est-à-dire de veiller à la protection des Canadiens, ainsi que du territoire canadien.

CHAPITRE I

LE PROCESSUS DE SÉCURISATION, DES ÉTUDES DE SÉCURITÉ À L'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES : ÉLABORER UNE APPROCHE THÉORIQUE UTILE À L'ANALYSE DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME ENJEU DE SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA

Le premier objectif de ce mémoire consiste à élaborer une approche théorique utile à l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale au Canada. Bien que la théorie de la sécurisation semble l'outil d'analyse par excellence, il convient d'examiner diverses approches en débutant par celle d'Ole Wæver, pour identifier ses faiblesses et ensuite interroger d'autres auteurs susceptibles de les combler. Ces derniers appartiennent non seulement aux Études de sécurité, mais aussi l'Analyse de politiques publiques.⁶

1.1 Les Études de sécurité

1.1.1 L'École de Copenhague : le processus de sécurisation selon Ole Wæver

Au centre des Études de sécurité se trouve la question suivante : qu'est-ce qui fait qu'un enjeu devienne un problème de sécurité ou, pour reprendre le terme d'Ole Wæver, fasse l'objet d'un processus de sécurisation (*securitization*) (Wæver, 1995 : 58)? Trois critères sont proposés : 1) un enjeu est sécurisé lorsqu'il est présenté comme une menace à la survie d'un objet, ainsi devenu l'objet référent de la sécurité; 2) que cette menace existentielle exige des

⁶ Les majuscules dénotent que nous faisons référence aux champs d'études que représentent les Études de sécurité et l'Analyse des politiques publiques.

mesures d'urgence; et 3) qu'elle justifie des actions situées en-dehors du cadre politique normal (Buzan et al., 1998 :23-24). La sécurisation d'un enjeu peut également déboucher sur son institutionnalisation : lorsqu'une menace est persistante ou récurrente, « it is implicitly assumed that when we talk of this (typically, but not necessarily, defense issues), we are by definition in the area of urgency » (Ibid :27).

La définition du processus de sécurisation serait, en revanche, incomplète sans le concept « d'acteur sécurisant ». Fréquemment associé aux élites politiques, cet acteur déclare qu'un objet référent fait l'objet d'une menace mettant en péril son existence même (Ibid : 31-40). Son discours ne représente cependant qu'une *tentative* de sécurisation (*securitizing move*), puisque le caractère urgent d'un enjeu doit être *reconnu* par l'audience à laquelle s'adresse le discours pour que le processus de sécurisation soit complété (Ibid : 24). Il n'en reste pas moins que l'acteur sécurisant puisse s'assurer du succès de sa tentative de sécurisation en respectant la « grammaire de la sécurité », c'est-à-dire en faisant référence à une menace de nature existentielle, à un point de non retour et à la possibilité d'éviter le pire. Sa réussite dépend également du « contexte social approprié », qui fait référence à sa position d'autorité et à la nature de la menace, laquelle devant susciter un sentiment général d'hostilité (Ibid, 33). Selon Wæver, la sécurité s'apparente en somme à un acte de langage, révélant l'origine des enjeux de sécurité, c'est-à-dire « not necessarily because a real existential threat exists but because the issue is presented as such a threat. » (Wæver , 1995 : 54).

Si la théorie de la sécurisation telle qu'élaborée par Wæver fournit ainsi les outils permettant d'expliquer le processus par lequel un enjeu en devient un de sécurité, elle ne souffre pas moins d'une lacune importante, liée à la notion de « secteurs de sécurité ». En effet, Wæver adopte la typologie de Barry Buzan pour affirmer que le processus de sécurisation s'ancre dans cinq secteurs : 1) le secteur militaire, i.e. la survie de l'État ; 2) le secteur politique, i.e. le principe constitutif de l'État (souveraineté ou idéologie) ; 3) le secteur économique, i.e. la prospérité de l'État ; 4) la sécurité sociétale, i.e. les identités collectives au sein de l'État; et 5) le secteur environnemental, i.e. la survie d'espèces ou d'habitats et donc une variété de menaces, parmi lesquelles celles à la santé publique (Buzan, 1991 :131, Wæver, 1995 :98).

Parce que les menaces environnementales ne peuvent être gérées individuellement par les États et parce qu'elles ne sont pas intentionnelles, au sens où elles ne résultent pas du heurt entre la volonté de deux ou plusieurs États, ni ne menacent directement et clairement leur survie, elles ne peuvent être qualifiées de menaces à la sécurité nationale (Ibid :92-97). La menace environnementale occupe donc peu de place dans l'analyse des auteurs, au profit d'autres menaces plus explicites à la survie de l'État. Par exemple, si les maladies infectieuses s'inscrivent parmi les préoccupations des États-Unis, le sentiment d'urgence qu'elles alimentent ne se compare pas à celui que génèrent le terrorisme, la prolifération des armes de destruction massive et les États « voyous » (Buzan et Wæver, 2003; 298).

Cette analyse semble peu satisfaisante, au sens où elle cloisonne la santé publique dans un seul secteur, alors que la menace d'une pandémie ou d'un attentat terroriste CBRN signifie une onde de choc qui dépasse le seul domaine environnemental et la « survie d'habitats ». Bien que Wæver nuance son propos en affirmant que les secteurs ne doivent pas être traités comme des systèmes fermés et que « units do not exist in sector ; sectors exist in units as different types of security concerns » et que « these different concerns are weighed and aggregated by the units », il n'en considère pas moins la survie de l'État comme l'objectif unique de la sécurité (Wæver, 1995 :51-53).

Associée au secteur environnemental, la santé publique comme objet d'analyse demeure donc enfermée dans un cadre dont notre réflexion doit s'inspirer, mais qu'il conviendrait malgré tout de dépasser. Ole Wæver dresse d'ailleurs une typologie des écoles européennes de sécurité. Les idées avancées par les auteurs qu'il associe aux écoles de Paris et d'Aberystwyth permettent de dégager certaines pistes concernant l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité au Canada (Wæver, 2004 :7). Puisque Wæver souligne lui-même la nature arbitraire de cette typologie, d'autres auteurs seront aussi abordés.

1.1.2 L'École de Paris. Bigo et Huysmans : une approche sociologique de la sécurisation

Didier Bigo privilégie une approche moins linguistique de la sécurisation et davantage axée sur l'espace social dans lequel s'insère ce processus (Ibid :7). L'auteur préfère ainsi la notion

de « champs de sécurité » à celle de « secteurs de sécurité ». Il s'agit d'espaces sociaux dans lesquels les professionnels de la sécurité, qui possèdent « un savoir administratif de gestion des menaces et des risques », adoptent les mêmes enjeux (Bigo, 1998a :85-86, 1998b). Les champs de sécurité agissent comme des champs d'attraction dans lesquels les préoccupations convergent vers un enjeu focal (Bigo, 2005).

Contrairement aux secteurs de sécurité dont les entrecroisements possibles sont négligés, les champs de la sécurité apparaissent en somme comme « une configuration d'agencements sociaux mouvants » (Ibid : 90). Y évoluent un ensemble de dangers, associés à un phénomène focal, qu'édicte les professionnels de la sécurité oeuvrant tant à la défense du territoire qu'à la sécurité intérieure (Bigo, 1998a :85). Bigo marque une évolution par rapport au processus de sécurisation élaboré par l'École de Copenhague, puisque le cloisonnement en secteurs de sécurité est remis en cause par une dynamique sociale qui transcende la dichotomie traditionnelle entre sécurité interne et externe. Sur la base du concept de « champs de sécurité », Bigo soutient également que le concept de « sécurité nationale » ne correspond pas au seul langage existant. Alors que, selon Wæver, la sécurité se rapporte toujours à une question de survie de l'État, il précise plutôt que les champs de sécurité sont marqués par un spectre de menaces, dont la question de la survie représente uniquement une extrémité (Bigo, 2005 :81).

Pour sa part, Jef Huysmans insiste sur la logique de la formation de la sécurité, critiquant la « grammaire de la sécurité » de Wæver qui a pour effet d'universaliser la logique de la sécurité (Huysmans, 1998a : 501). Cette universalisation, inspirée du réalisme classique, néglige la dynamique institutionnelle et la culture politique de l'État et n'explique donc pas le succès ou l'échec du discours sécurisant (Huysmans, 1998b :192). Huysmans propose par conséquent que la logique de la formation de la sécurité soit examinée en fonction des expériences historiques et culturelles de l'État. Ce faisant, il s'éloigne de l'approche bureaucratique de Bigo : « la structure gouvernante qui régule les représentations des menaces et des unités politiques n'est pas un objet de recherche explicite. » (Ibid :188). L'auteur propose en somme d'examiner l'environnement institutionnel historiquement et culturellement fondé qui, dans les sociétés modernes, « joue un rôle central dans la

production et la régulation des menaces particulières. »(Ibid :192). Par ailleurs, Huysmans insiste sur l'importance du rôle de l'État dans la formation de la sécurité. La légitimité de l'État repose en effet sur sa capacité à assurer la sécurité sur son territoire national, c'est-à-dire à gérer l'anxiété associée à la mort, i.e. au danger, par le biais de mécanismes institutionnalisés de définition de la menace (Huysmans, 1998c :236).

1.1.3 L'École d'Aberystwyth. Keith Krause et Michael Williams : la sécurisation au-delà de l'État

Principaux tenants de l'école d'Aberystwyth, Keith Krause et Michael Williams adoptent une approche interprétative semblable à celle de Huysmans : ils observent comment la sécurisation d'objets et la perception des menaces évoluent dans le temps. Ils se distinguent par ailleurs de la vision stato-centrée de Wæver en soulignant que les individus n'appartiennent pas qu'à une communauté strictement définie par des frontières nationales, mais également à une communauté globale, formée par des enjeux communs tels que l'environnement (Buzan et Wæver, 2003 : 11-12; Krause et Williams, 1997 :15).

L'acte de langage fait également l'objet d'une critique plus spécifique de la part de Williams. À l'instar de Huysmans, il constate la rigidité de la structure rhétorique de la sécurité, transformant le processus de sécurisation en une recette universalisable. Cette recette néglige les changements survenus dans les médiums de communication, alors qu'ils ont pourtant joué un rôle important dans les cas de la guerre du Golfe, de la Bosnie et du Kosovo (Williams, 2003 :526). Williams conclut qu'un agenda de recherche axé sur la formation de la sécurité doit déborder, de façon générale, les institutions traditionnelles de sécurisation (Ibid : 527).

1.1.4 Au-delà de la typologie de Wæver

Au-delà de la typologie des écoles européennes de sécurité établie par Wæver, d'autres auteurs s'intéressent au processus de sécurisation en traitant de la sécurité comme construit social. C'est le cas de Jutta Weldes, David Campbell et Thierry Balzacq.

Jutta Weldes examine le processus de représentation à travers lequel les dirigeants étatiques donnent un sens à leur contexte national ou international et formulent des intérêts nationaux (Weldes, 1996 :10). Ces derniers correspondent au langage par lequel s'exprime l'État, notamment à propos des insécurités auxquelles il est confronté. Plus précisément, ces insécurités sont culturelles ou produites en fonction du contexte à partir duquel les dirigeants étatiques donnent une signification à leurs actions et à leurs expériences (Weldes et al, 1999 :2). Par ailleurs, ce processus de formulation des insécurités n'est pas étranger à la notion d'identité, négligée jusqu'ici par les autres auteurs abordés, puisqu'il clarifie « [...] both for state officials themselves and for others who and what "we" are, who and what "our enemies" are [...] » (Weldes, 1996:15).

De façon générale, Weldes insiste sur l'importance des dirigeants étatiques. En faisant appel à des ressources linguistiques, culturelles et institutionnelles, ces derniers imposent leurs représentations du monde, leurs propres définitions des insécurités et, ultimement, leur vision de l'identité (Ibid, 12-14). Le discours représente ainsi un lieu de pouvoir social : bien qu'il doive faire référence à un objet empirique ou à une menace existante, la « véritable » représentation de l'insécurité demeure un construit social (Weldes et al, 1999 :17). Autrement dit, le discours offre la possibilité de construire le monde à travers les représentations de l'insécurité (Weldes, 1996 :18). Et si la représentation des dirigeants étatiques parvient le plus souvent à s'imposer, c'est que leur discours a été émis d'un lieu de pouvoir institutionnalisé, l'État (Ibid :11).

David Campbell abonde en ce sens en s'intéressant à la représentation dominante du monde, construite et reconstruite à travers le langage. Adoptant une approche post-moderne, il s'intéresse à la nature performative du discours, construisant sans cesse l'objet qu'il désigne (Campbell, 1998 :9). Puisque tout objet existe uniquement à travers le langage, il est ainsi impossible d'en avoir une connaissance objective; l'existence du monde ne peut être conçue en-dehors du discours et des traditions d'interprétation. L'objet qu'incarne l'État n'échappe pas à cette logique, puisque son identité est construite et réaffirmée constamment à travers la pratique du langage. Campbell précise surtout que « the boundaries of a state's identity are secured by the representation of danger integral to foreign policy. » (Ibid :3). Sans nier qu'il

existe des dangers matériels, par exemple la maladie, l'auteur associe le danger à une interprétation, participant au processus continu de formulation de l'identité de l'État, et donc de son existence (Ibid :3). Campbell adopte ainsi une approche semblable à celle de Weldes. Tous deux s'intéressent au *pourquoi*, à l'utilité des notions de danger et d'insécurité en relation à l'identité, plutôt que d'étudier strictement le *comment*, la structure rhétorique à travers laquelle un objet est sécurisé. Néanmoins, Campbell insiste sur l'importance du langage et ce, contrairement à Bigo, Huysmans et Weldes, qui soulignent le rôle des pratiques non linguistiques.

L'approche discursive inspire d'ailleurs à Thierry Balzacq la critique selon laquelle l'acte de langage décrit par Wæver, un acte régi par des principes rigides de communication, devrait plutôt être compris comme une pratique stratégique formée par une configuration d'éléments qui enrobent le langage : contexte, dispositions psychoculturelles de l'audience et force de l'interaction entre ceux qui parlent et leur auditoire. Plus simplement, l'auteur considère le poids des métaphores, des émotions, des stéréotypes, des silences ou des mensonges qui agrémentent toutes pratiques linguistiques (Balzacq, 2005 :172). Balzacq situe donc le langage au centre de son approche, abordant sa critique à la source même d'inspiration de Wæver, les travaux de John Austin (Austin, 1962). Balzacq y puise trois clefs d'analyse pour redéfinir l'acte de langage sécurisant, dont deux sont retenues ici: une sécurisation réussie est fortement dépendante du contexte (*highly context-dependent*), en plus d'être indissociables du pouvoir (*power-laden*) (Balzacq, 2005 :174-184). Balzacq, à l'instar de Weldes et de Campbell, n'en souligne cependant pas moins que « language does not construct reality ; at best it shapes our perception of it » ou, autrement dit, un typhon demeure toujours un typhon, peu importe le rôle médiateur du langage (Ibid :182-184).

1.2. L'Analyse des politiques publiques

1.2.1 Vers une nouvelle approche théorique : l'apport de Johan Eriksson

Selon Johan Eriksson, le concept de « sécurisation » souffre d'une importante lacune, à savoir qu'il est uniquement lié à des problèmes conceptuels : « it has not presented any

pointers for systematic theoretical application or development. » (Eriksson, 1999 :9) Il est toutefois possible d'y remédier en examinant le lien entre le processus de sécurisation et la mise à l'agenda politique (*agenda setting*), ainsi que la prise de décision politique (*policy making*) qui en résulte. Cette proposition semble d'autant plus pertinente à l'analyse de la santé publique que Hartmann et al. consacrent un ouvrage complet aux craintes biologiques (*biofears*) en raison de leur impact sur les choix politiques aux États-Unis : « Apocalyptic predictions [...] also predispose the public and policymakers to view [...] the country in need of protection from imminent threat. » (Hartmann et al, 2005 :3).

L'analyse d'Eriksson peut cependant être critiquée en de nombreux points. Notamment, les notions de mise à l'agenda politique (et de fenêtre d'opportunité politique (*opportunity window*), établies comme facteurs déterminants de la sécurisation, sont trop brièvement expliquées (Eriksson, 1999 :115). Ces notions seront donc explorées à partir des travaux davantage développés de John Kingdon sur le sujet (Kingdon, 2003). Eriksson précise que la sécurisation d'un enjeu est aussi synonyme de son institutionnalisation. Il n'approfondit guère plus cette condition que Wæver, selon qui certains enjeux récurrents ou persistants de sécurité sont institutionnalisés (Buzan et al, 1998 :27). L'approche néo-institutionnelle de James March et Johan Olsen est retenue pour combler cette seconde lacune (March et Olsen, 1989 :27). Enfin, le processus par lequel un enjeu est sécurisé s'accompagne selon Eriksson d'un sentiment de peur, exacerbé en raison de l'incertitude caractérisant les enjeux globaux actuels et à laquelle l'institutionnalisation constitue le remède par excellence (Eriksson, 2001 :7). Afin de mieux saisir la relation entre la nature globale des enjeux de sécurité, le sentiment d'incertitude ainsi que le phénomène d'institutionnalisation, l'approche de la gestion du risque inspirée par Ulrich Beck est finalement considérée (Beck, 2004).

1.2.2 John Kingdon : sécurisation et mise à l'agenda décisionnel

Kingdon élabore le concept de mise à l'agenda politique, soit l'inscription d'un enjeu à la liste des sujets auxquels les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux portent une attention soutenue à un moment donné. S'il utilise cette définition, Eriksson omet de mentionner une nuance importante faite par Kingdon : il n'existe pas d'agenda unique, mais

plusieurs, selon les différents « secteurs » du gouvernement (Eriksson, 1999 :15; Kingdon, 2003 : 2).

Kingdon élabore également le concept de « fenêtre d'opportunité », ne se résumant pas à un simple moment de reconnaissance des événements politiques comme le rapporte Eriksson (Eriksson, 1999 :20). S'ouvre plutôt une telle fenêtre lorsque sont réunis trois éléments, formant le processus de mise à l'agenda : un ou des événements objectifs (*event*) ; l'accumulation de connaissances par des spécialistes et leurs propositions (*policies*); et l'humeur nationale (*national mood*), telles que les variations de l'opinion publique (*politics*) (Kingdon, 2003 :16). Il convient de préciser que la réunion de ces trois éléments (*coupling*) correspond à une mise à l'*agenda décisionnel*, c'est-à-dire la liste des sujets prêts pour une décision active, et que la réunion d'un événement et de propositions ne correspond qu'à une mise à l'*agenda politique* (Ibid :19-178). Sans une humeur nationale favorable , un enjeu sera inscrit à la liste des sujets qui retiennent l'attention du gouvernement, sans exercer d'influence sur les décisions politiques. Autrement dit, il ne débouchera pas sur le phénomène d'institutionnalisation décrit par Eriksson. Kingdon montre par ailleurs que le processus de mise à l'agenda politique ou décisionnel dépend des dirigeants politiques. L'interprétation première des événements demeure l'une de leurs prérogatives et les médias, les groupes de pression, les fonctionnaires ou les chercheurs ne peuvent proposer que des alternatives (Kingdon, 2003 :49). L'auteur soutient ainsi la thèse selon laquelle la sécurisation est associée au pouvoir politique (Balzacq, 2005).

1.2.3 James March et Johan Olsen : sécurisation et institutionnalisation

March et Olsen adoptent une approche qui privilégie l'autonomie des institutions, c'est-à-dire des ministères, agences, sociétés d'État qui composent l'appareil gouvernemental : « The state is not only affected by society but also affects it » (March et Olsen, 1989 :12-17). Les institutions acquièrent une vie propre grâce aux règles dont elles sont formées, c'est-à-dire « collections of standard operating procedures and structures that define and defend values, norms, interests, identities, and beliefs » ou, plus précisément, « [...] routines, procedures, conventions, roles, strategies, organizational forms, and technologies around which political

life is constructed. » (Ibid :17-22) Les règles apparaissent comme le fruit d'un apprentissage ou d'expériences et sont synonymes d'ordre parmi les opportunités de choix offertes aux institutions (Ibid, 28; Cohen et al, 1972 :1-2). Le choix des règles les plus appropriées à une situation est déterminé par l'identité: à une logique de conséquence, où le choix est le résultat d'un calcul coût/bénéfice, March et Olsen opposent une logique de convenance (*logic of appropriateness*), selon laquelle le choix doit refléter une conception de soi. Cette logique est appliquée grâce au rôle médiateur du langage, opérant un processus de comparaison (similarités/différences) (March et Olsen, 1989 :26-37). Dans ce processus, les dirigeants jouent un rôle particulier, les auteurs se rapprochant de l'analyse de Weldes sur le discours comme lieu et source de pouvoir (March et Olsen, 1989 : 33; Weldes, 1996 :11-15).

En somme, l'apport de March et Olsen permet une meilleure compréhension de la notion d'environnement institutionnel, contexte culturellement et historiquement fondé qui, dans les sociétés modernes, « joue un rôle central dans la production et la régulation des menaces particulières » (Huysmans, 1998b :192). Ce contexte est compris comme un ensemble de règles, façonnées par l'expérience et l'identité, accumulées dans les institutions politiques et permettant de faire face à de nouveaux enjeux (March et Olsen, 1989 :37). Si la sécurisation d'un enjeu correspond donc à son inscription à l'agenda décisionnel ainsi qu'à son institutionnalisation, March et Olsen soulignent que cette institutionnalisation ne se fonde pas uniquement sur l'humeur nationale (*national mood*), mais aussi sur les règles qui ordonnent l'environnement institutionnel (Kingdon, 2003 :16). L'humeur nationale, comme *seul* élément marquant le passage de l'agenda politique à l'agenda décisionnel, peut ainsi être remise en question.⁷

⁷ La notion d'humeur nationale est critiquée ici dans le contexte de l'analyse de John Kingdon, c'est-à-dire ne définissant pas avec précision ce concept. Comment l'humeur nationale se mesure-t-elle ? À travers les sondages d'opinion, les votes, les allégeances des parlementaires élus, l'écho que donnent les médias à ces différentes variables ? Toutes ces réponses sont certainement bonnes et influencent les règles qui façonnent l'environnement institutionnel. Cependant, puisque cette analyse se concentre sur les mécanismes d'élaboration d'une politique du point de vue de deux institutions fédérales, cette dimension particulière de la mise à l'agenda a dû être écartée. Elle n'en ouvre pas moins la voie à d'intéressantes avenues exploratoires, telles que par exemple la différence entre le processus de sécurisation dans l'imaginaire des élites politiques et celle de la population.

1.2.4 Ulrich Beck : sécurisation et enjeux diffus et globaux de sécurité

Défini de manière générale comme un état entre la sécurité et la destruction qui appelle à l'action, le *risque* subit les influences de la mondialisation (Beck et al, 2004 :4). Il devient « im-matériel » (*im-material*), les menaces actuelles demeurant invisibles pour les sens jusqu'à ce que leurs symptômes apparaissent. Si Beck donne en exemple les dangers de la pollution ou des radiations, les pandémies peuvent également être rangées dans cette catégorie (Ibid :14). De la même façon que la sécurité constitue pour Buzan un concept contesté, la définition du risque ne fait pas l'unanimité, au sens où elle demeure une affaire de perception (Buzan, 1991 :14). Si la perception du risque est aussi une affaire politique, c'est-à-dire la conjonction d'intérêts politiques et d'une position d'autorité, elle demeure liée à l'identité: le risque est culturellement et historiquement fondé, sa définition se fondant sur une « outsider-linked list of risks » ou une logique du « who to blame » (Beck et al, 2004 :4-12-13). Cette idée, semblable au processus linguistique décrit par March et Olsen, s'apparente également à l'approche de Campbell selon laquelle le discours sur le danger, perçu à travers le prisme de la politique étrangère, correspond à la (re)définition de l'identité nationale (Campbell, 1999 :3). Toutefois, l'approche de la gestion du risque considère ce discours selon une perspective, non seulement internationale, mais de sécurité intérieure.

Question de perceptions fondée sur la politique et l'identité, le risque débouche par ailleurs sur une action qui doit répondre à son caractère « im-matériel », particulièrement lorsqu'il est question de risques naturels. Cette action influence alors les institutions, en engendrant plus précisément « [...] a radically new openness – which requires new institutions that will both reflect and create more trust [...] » Il s'agit de la meilleure façon de gérer l'incertitude croissante entourant la perception des risques (Beck et al, 2004 :5). Cette idée n'est pas incompatible avec l'autonomie qu'accordent March et Olsen aux institutions, puisque les règles par lesquelles agissent les institutions sont souples. Elles s'adaptent à de nouvelles expériences et aux changements de vision du monde par une évolution incrémentale, c'est-à-dire progressive et à long terme (March et Olsen, 1989 :171).

1.3. Une nouvelle approche théorique

En nous inspirant du processus de sécurisation et de son évolution, des Études de sécurité à l'Analyse des politiques publiques, il est possible d'élaborer une approche théorique favorisant l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale.

Toutefois, avant d'aborder le *processus* par lequel santé publique et sécurité nationale sont associées, la clarification du concept de sécurité nationale comme tel s'impose (Baldwin, 1997 : 5-6). En s'inspirant de Bigo, il est possible d'avancer que la sécurité nationale correspond à un champ de sécurité, duquel entrent (ou sortent) certains enjeux tels que la santé publique. Cette dernière s'apparente ainsi à un enjeu focal, au sens où convergent vers elle des insécurisations différentes ou, autrement dit, sont dirigées vers elle divers types de menaces (Bigo, 1998a :86; Wæver, 1995, 21-22-28).

Sont ajoutées les perspectives de Balzacq, Buzan, Campbell, Kingdon et Weldes, pour préciser que les menaces envers un enjeu focal correspondent à des dangers matériels qui *existent* simplement. Ils sont bien tangibles, que ce soit à travers la lentille d'un microscope ou de par leurs symptômes, et correspondent à la souche H5N1 de grippe aviaire, au VIH/sida et aux agents CBRN (Balzacq, 2005 :181; Buzan et al, 1998 :198-9; Campbell, 1998 :3; Kingdon, 2003 :91, Weldes, 1999 :3). Ces dangers matériels sont réunis dans un même champ de sécurité en raison de l'objet référent de la sécurité qu'ils ont en commun, la santé publique (Buzan et al, 1998, 21-2). En d'autres termes, les menaces qu'incarnent le terrorisme CBRN et les MIER correspondent à deux types de menaces, deux dangers matériels réunis par le même enjeu focal qu'est la santé publique, elle-même inscrite dans le « champ de la sécurité nationale ».

Si l'on assiste alors, pour reprendre les termes de Kingdon, à la formation d'un agenda systémique de sécurité nationale, cet agenda très général n'est toujours pas synonyme de *sécurisation* ou, autrement dit, il n'offre aucun indice sur le processus par lequel un enjeu focal entre dans le champ de la sécurité nationale. Le concept de « champ de sécurité » se révèle pertinent en ce qu'il permet d'analyser, d'une part, la santé publique comme enjeu

focal de sécurité, plutôt que comme secteur de sécurité, ainsi que, d'autre part, les menaces du terrorisme CBRN et des MIER, peu importe qu'elles soient internes ou externes à l'État. *Il n'explique pas, cependant, comment la santé publique est admise dans le champ de la sécurité nationale* (Bigo, 1998a : 85; Fidler, 2004c).

Il est alors possible de faire référence à la notion très simple de *contexte*, dont les éléments favorables doivent être réunis pour qu'un enjeu soit finalement *sécurisé* ou devienne autrement dit un enjeu de sécurité nationale. Huysmans définit toutefois vaguement ce contexte de sécurisation comme l'environnement institutionnel, historiquement et culturellement, fondé dans lequel s'inscrit la définition de la menace (Huysmans, 1998b : 94). Eriksson et Kingdon précisent cette définition en avançant que le contexte de sécurisation s'apparente à la *mise à l'agenda politique et décisionnel* d'un enjeu de sécurité (Balzacq, 2005 : 174; Eriksson, 1999 : 4-20; Kingdon, 2003 : 2-19-178). Cette mise à l'agenda est donc définie sur la base de deux éléments qui, étroitement liés, forment un même environnement institutionnel pour reprendre les termes de Huysmans : 1) les discours des responsables politiques ou de ceux dont émane la position officielle du gouvernement (mise à l'agenda politique); 2) l'activité institutionnelle, qui concerne la mise en marche des mécanismes institutionnels nouveaux ou déjà existants (mise à l'agenda décisionnel).

Par ailleurs, il n'existe pas qu'un seul processus de mise à l'agenda pour un même enjeu focal (Kingdon, 2003 : 19-178). Par exemple, dans le cas de la santé publique, existe un processus de mise à l'agenda associé à la menace du terrorisme CBRN, ainsi qu'un processus lié plutôt aux MIER. Chacun de ces processus, en outre, n'est pas l'apanage d'une seule institution du gouvernement, puisque la sécurisation, comme le souligne Williams, n'est pas forcément l'affaire des organismes ou des ministères traditionnellement liés à la sécurité (Williams, 2003). C'est pourquoi les chapitres II et III de ce mémoire mettront respectivement en scène le processus de mise à l'agenda de la menace du terrorisme CBRN et des MIER dans deux institutions fédérales, soit le Solliciteur général du Canada (devenu en 2003 Sécurité publique Canada) et Santé Canada, entre 1995 et 2006.⁸

⁸ Pour effectuer le rapprochement avec le concept de champ de sécurité, on peut également avancer que ces deux agendas (terrorisme CBRN et MIER) occupent une position différente sur le même

Les discours politiques ou la mise à l'agenda politique

Les travaux d'Eriksson et de Kingdon soulignent, de concert avec les auteurs des Études de sécurité, le rôle central des discours politiques dans le processus de mise à l'agenda, étroitement lié à la notion de pouvoir (*power-laden*). Le discours des dirigeants politiques domine en effet les perceptions en raison de la légitimité constitutionnelle dont ils bénéficient. Leur discours correspond ainsi à une source de pouvoir, créant une vision du monde en raison du caractère performatif du langage (Balzacq, 2003 :174-184; Campbell, 1998 :17, Weldes, 1996 :11, Weldes, 1999 :17). Par conséquent, le processus de mise à l'agenda qui compose la sécurisation d'un enjeu peut être assimilé à un acte de langage, dont les responsables étatiques sont à l'origine (Wæver, 1995 : 54).

Ce processus demeure toutefois incomplet, puisqu'il concerne non seulement la mise en place d'une vision dominante du monde, mais surtout une interprétation discursive du danger par les dirigeants politiques (Kingdon, 2003 :16). Quoique cette interprétation puisse être comprise comme un mécanisme de (re)production de l'identité nationale, le concept d'identité se révèle moins utile à la présente analyse que celui de valeurs (*values*), associé à l'expression concrète de l'identité (Campbell, 1998 :3; MacLeod et al., 2004 : 9; Weldes, 1996 :15)⁹. C'est en effet la protection de ces valeurs qui est ultimement recherchée et qui, lorsqu'elle est atteinte, procure un sentiment de sécurité ou la paix d'esprit (Baldwin, 1997 :14). Plus précisément, « The concept of national security has traditionally included political independence and territorial integrity as values to be protected; but other values are sometimes added » (Baldwin, 1997 : 13-14). Ces ajouts, selon Baldwin, relèvent moins d'une conception différente ou nouvelle du concept de sécurité que de l'agenda politique

spectre de menaces (dont une extrémité correspond à la mise en danger de la survie même de l'État) correspondant à l'enjeu focal de la santé publique. Les effets de l'articulation de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale sur les objectifs de la PSN peuvent alors être recherchés dans la signification et les conséquences de ce positionnement différent, si celui-ci peut-être bien entendu établi.

⁹ Selon la définition de MacLeod et al., « La question de l'identité renvoie essentiellement à une question apparemment très simple : « qui sommes-nous ? ». (...) Si nous restons seulement au niveau national, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un ensemble de croyances, d'attitudes et d'opinions à l'égard de soi et de l'autre (...). Ces croyances, attitudes et opinions comprennent, entre autres, les valeurs, les normes, la culture (...). » (MacLeod et al, 2004 : 9).

adopté par un gouvernement (Ibid : 5). En d'autres termes, les valeurs présentes dans le discours politique se révèlent partie intégrante du processus discursif d'interprétation du danger, en permettant de cerner clairement ce que ce danger menace ou ce que les dirigeants politiques affirment être menacé. Par exemple, le discours des responsables politiques de Santé Canada et du Solliciteur général est analysé en fonction des menaces du terrorisme CBRN et des MIER : identifier dans ce discours ce qui doit être protégé (quelle valeur) met en lumière l'interprétation discursive de ces menaces.

L'objectif, ici, consiste donc à savoir si la santé publique – la protection de la santé des Canadiens – fait effectivement partie des valeurs qui doivent être protégées lorsqu'il est question de sécurité nationale. L'on pourrait effectivement croire qu'elle est d'ores et déjà incluse dans l'objectif de protection des citoyens, le tout premier de la PSN et incluant également la protection territoriale du Canada (BCP, 2004). Le document respecterait ainsi la dichotomie relevée par Michael Dillon, soit l'existence d'une problématique géographique de la sécurité (territoire, souveraineté) *et* d'une problématique biologique, définie comme la protection de la survie humaine (Dillon, 2007 : 10). Or, c'est précisément au-delà de la seule notion de *survie* contenue dans cette problématique biologique que s'impose la santé publique, puisqu'elle a pour signification, non pas *l'absence de mort*, mais le maintien de la qualité de vie par la préservation de la santé (SC, 2003 :48). Par conséquent, le terme *sécurité* désigne dans ce mémoire la conception traditionnelle, celle de la protection de la vie (bio) et du territoire (géo) telle que décrite par Michael Dillon. Une conception de la sécurité allant au-delà de la seule survie humaine et liée à la préservation de la santé ou de la qualité de vie est pour sa part désignée par le concept de *sécurité sanitaire*.¹⁰ L'objectif du mémoire consiste ainsi à identifier si la *sécurité sanitaire* existe bel et bien au Canada tel que le suggère la PSN, ou si, en d'autres termes, la santé publique constitue une valeur intrinsèque à protéger, indice de son entrée dans le champ de la sécurité nationale au Canada.

Par ailleurs, cet examen de l'agenda politique – et donc des discours qui concernent sécurité et sécurité sanitaire au Canada – ne suffit pas à cerner le fonctionnement du processus de

¹⁰ Ullman, qui bien avant la fin de la guerre froide prône l'élargissement théorique du concept de sécurité, identifie précisément la dégradation de la qualité de vie de la population comme un indice du manque de sécurité (1983 : 129).

sécurisation dans son ensemble, puisqu'il correspond uniquement à l'observation des *préoccupations* gouvernementales. La mise à l'*agenda décisionnel*, toutefois, peut être associée à l'activité institutionnelle liée à cette préoccupation, c'est-à-dire à la mise en marche de mécanismes institutionnels, nouveaux ou déjà existants, pour y répondre (Eriksson, 1999 :15). Cette forme précise de mise à l'agenda fait suite à la critique de Johan Eriksson, selon laquelle l'analyse doit dépasser les discours politiques pour se fonder sur la base plus « concrète » des institutions (Eriksson, 1999 :11). La mise à l'agenda décisionnel précise en somme ce que Wæver désigne comme l'institutionnalisation des menaces, sans toutefois l'élaborer davantage (Buzan et al, 1998 : 27).

Activité institutionnelle ou la mise à l'agenda décisionnel

L'activité institutionnelle se traduit dans le discours, non pas des dirigeants politiques, mais plutôt dans le « discours » même de leurs institutions. Ces dernières, en référence à March et Olsen, possèdent leur propre type de langage, associé aux « règles » ou aux habitudes qui guident le déroulement de leurs actions et qui s'apparentent en réalité au reflet des composantes identitaires soulignées par les décideurs politiques dans leurs discours. En d'autres termes, « règles » ou habitudes débouchent sur une action ainsi dite « appropriée » de la part des institutions ou, plus précisément, sur l'institutionnalisation des menaces identifiées par le discours politique. Dans les activités institutionnelles, comme dans les discours politiques, peut donc être trouvée et analysée l'interprétation des menaces aux valeurs qui composent l'identité (March et Olsen, 1989 :38-160).

Si les « règles » ou habitude de l'action correspondent à une forme de discours institutionnel, inspiré des discours politiques, c'est surtout le phénomène d'action qui doit être approfondi. L'application des règles qui animent les institutions et qui traduisent, selon March et Olsen, leur autonomie, correspondent en effet à la prise de décision, à ce qui est réellement *fait*. Autrement dit, les institutions agissent sur leur environnement (ou du moins tentent d'agir sur lui, composé d'un champ de sécurité – la santé publique – et d'une mise à l'agenda politique) par le biais de ces règles. Ces dernières évoluent de manière progressive ou très rapide, par exemple en cas de crise (Eriksson, 1999 :3-13; March et Olsen, 1989 :171). Les activités

institutionnelles sont appelées à s'y ajuster par l'élaboration de projets, de stratégies, l'octroi de budgets, voire des changements organisationnels importants. D'ailleurs, en matière de santé publique, cette activité institutionnelle se révèle particulièrement importante si l'on en croit les études de gestion du risque. Ces dernières montrent que les enjeux globaux et surtout les enjeux « naturels », tels que les MIER, engendrent une forte incertitude à laquelle répliquent avec empressement les mécanismes institutionnels (Buzan et al, 1998 :198-9; Beck, 2004 : 63-211).

CHAPITRE II

TERRORISME CBRN, SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA (1995 - 2006)

L'environnement international actuel, selon *Protéger une société ouverte*, recèle de dangers aussi nombreux que complexes, menaçant gravement la sécurité du Canada. C'est de cet environnement dont s'inspire le gouvernement de Paul Martin lorsqu'il associe, dans le document, la santé publique à un « secteur stratégique clef » de la sécurité nationale. Or, bien qu'il faille en effet « chercher continuellement à inclure la dimension de santé publique dans le débat en cours sur la sécurité nationale », la relation qui existe entre santé publique et sécurité nationale demeure pour le moins obscure (BCP, 2004 : 31).

Comment la santé publique est-elle devenue, au Canada, un enjeu de sécurité nationale? Par quels processus? En fonction de quelles menaces?

Poser cette question conduit à constater que deux autres omissions s'ajoutent à la première, que l'on pourrait qualifier de « politiques » puisqu'elles concernent l'imprécision de la stratégie canadienne. Une seconde omission pourrait être qualifiée « d'académique » ou de « scientifique », l'introduction ayant démontré que le lien entre santé publique et sécurité nationale demeure faiblement exploré dans la littérature, plus particulièrement celle qui traite du Canada. La documentation existante ne se révèle que d'un secours limité pour comprendre la stratégie de sécurité nationale adoptée par le gouvernement canadien en 2004. Enfin, la nature théorique de la troisième omission a également été soulignée, mettant en lumière la nécessité d'outils qui permettent de mieux saisir le processus de sécurisation de la santé

publique. De ces trois omissions complémentaires découlent les deux objectifs de ce mémoire, soit 1) élaborer une approche théorique pertinente à l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale et 2) appliquer cet outil au cas canadien, afin de mettre en lumière le processus par lequel la santé publique, confrontée aux menaces du terrorisme CBRN, ainsi que des MIER selon la PSN, est entrée dans le champ de la sécurité nationale.

Le chapitre I rencontre le premier objectif du mémoire, puisqu'il correspond au développement d'une approche théorique qui, avec pour point de départ la théorie de la sécurisation élaborée par Ole Wæver, s'inspire de différents auteurs des Études de sécurité et puise du côté de l'Analyse des politiques publiques (Wæver, 1995). Il en résulte une articulation du processus par lequel un enjeu focal, c'est-à-dire vers lequel convergent un ou plusieurs dangers matériels, entre dans le champ de la sécurité nationale, où il est alors associé à une valeur – dans ce cas-ci la sécurité sanitaire – dont la protection est synonyme d'absence de peur ou de tranquillité d'esprit. Ce processus est d'abord défini par la mise à l'agenda politique, qui correspond à l'attention portée par les élites gouvernantes d'une institution envers un enjeu, ainsi qu'à leur interprétation des menaces qui pèsent sur lui. Il débouche sur la mise à l'agenda décisionnel : en fonction de l'interprétation discursive de la menace, quelles sont les règles de comportement dont héritent les institutions ou, autrement dit, qu'est-ce qui est accompli de façon concrète sur la base du discours?

Appliquer cette approche théorique au cas canadien correspond au second objectif du mémoire, abordé dans les chapitres II et III. Plus précisément, l'objectif du chapitre II consiste à mettre en lumière le processus par lequel, face à la menace du terrorisme CBRN, la santé publique devient un enjeu focal du champ de la sécurité nationale au Canada. Ce processus, caractérisé par une mise à l'agenda politique et décisionnel du terrorisme CBRN, est observé dans le cadre du Solliciteur général du Canada, ainsi que de Santé Canada, entre 1995 et 2006.¹¹ L'attention portée par les élites politiques de ces institutions fédérales au

¹¹ Le Solliciteur général œuvre « à la protection de la société et au maintien de la paix, de la justice et de la sécurité ». Il comprend divers organismes, dont le ministère du Solliciteur général, ainsi que le SCRS. Seuls ces deux organismes sont retenus ici pour fin d'analyse, en raison l'importance qu'ils accordent à la sécurité nationale. Le 12 décembre 2003, par décret du premier ministre Martin, le portefeuille de Sécurité publique Canada intègre les fonctions du Solliciteur général. SPC prend

terrorisme CBRN, ou plus précisément leur interprétation discursive de cette menace, est analysée sur la base de deux indicateurs : 1) l'importance accordée au terrorisme CBRN dans les discours politiques et ; 2) face à cette même menace, la relation existant entre santé publique et sécurité nationale, sur la base du concept de sécurité sanitaire (mise à l'agenda politique). Ce qui est réellement fait par ces deux institutions est par la suite analysé en fonction également de deux indicateurs : 1) l'importance accordée au terrorisme CBRN dans les activités de ces deux institutions et, 2) ce que cette importance révèle quant à la relation entre santé publique et sécurité nationale ou, autrement dit, quant à l'existence ou non de la sécurité sanitaire au Canada (mise à l'agenda décisionnel).

2.1 Du Solliciteur général à Sécurité publique Canada : terrorisme CBRN, santé publique et sécurité nationale

2.1.1 Mise à l'agenda politique : interprétation discursive du terrorisme CBRN

Cette section du chapitre II concerne l'interprétation par les décideurs politiques du terrorisme CBRN entre 1995 et 2006, au sein du Solliciteur général du Canada, devenu Sécurité publique Canada. Examiner la mise à l'agenda politique du terrorisme CBRN, pour cette période et cette institution du gouvernement canadien, révèle l'importance accordée dans le discours de ses dirigeants au terrorisme CBRN ainsi que la nature de la relation entre santé publique et sécurité nationale que leur discours établit, en lien au concept de sécurité sanitaire.

1) La place du terrorisme CBRN dans le discours

En 1994 domine une vision internationale du terrorisme, formée par la transposition des dangers hérités de la guerre froide au « nouveau » contexte international : la prolifération des armes de destruction massive et surtout des armes nucléaires représente une tendance « inquiétante », des groupes ou des individus mal intentionnés étant en mesure d'entrer plus

officiellement vie le 23 mars 2005, lorsque le projet de loi C- 6 reçoit la sanction royale (Solliciteur général du Canada, 1997 ; SPC, 2003)..

facilement en leur possession suite à l'effondrement de l'empire soviétique, souligne le Solliciteur général Herbert Eser Gray. Ce sont d'abord les politiques étrangère et de défense du Canada qui sont appelées à s'adapter et réagir à cette tendance. Une fois seulement la volonté du Canada de participer à la sécurité du « nouvel ordre mondial » ainsi soulignée, le rôle national joué par des organismes internes de sécurité tels que le SCRS et la GRC est mentionné (Eser Gray, 1994).

Cette vision internationale du terrorisme persiste à la suite des attentats au gaz sarin commis par la secte *Aum Shinrikyo* (Vérité Suprême) en 1995 dans le métro de Tokyo, et ce, bien que le groupe religieux ait frappé sa propre communauté de l'intérieur :

[...] les questions de sécurité ont pris une envergure vraiment mondiale. La semaine dernière encore, nous avons été témoins d'un acte de terrorisme révoltant dans le métro de Tokyo. Ces crimes insensés [...] nous rappellent immédiatement, et de façon frappante, nos inquiétudes en ce qui a trait à la prolifération continue des armes nucléaires, chimiques et biologiques (Eser Gray, 1995).

Le passage vers une vision associant plus étroitement terrorisme et sécurité du territoire canadien semble néanmoins apparaître progressivement : « Nous devons aussi faire face à la réalité du terrorisme intérieur, lequel s'est manifesté de manière si tragique lors de l'explosion de l'édifice fédéral américain d'Oklahoma City l'an dernier, ainsi que les attaques au gaz toxique dans le métro de Tokyo, au Japon. » (Eser Gray, 1996). Cette vision s'affirme plus particulièrement dans le discours du directeur du SCRS, Ward Elcock, qui évoque la longue liste de menaces internes pesant sur le Canada.¹² Ces dernières revêtent un caractère plus imminent, semble-t-il, que les menaces terroristes liées à la prolifération internationale des ADM. Selon lui, le risque d'utilisation d'armes chimiques et biologiques à des fins

¹² Selon le directeur du SCRS, le Canada fait régulièrement face à des menaces de contamination des systèmes d'approvisionnement en eau ou des produits de consommation, par des défenseurs des droits des animaux ou des écologistes extrémistes. Ces derniers auraient également envoyé à des médias et à des pourvoyeurs en chasse et pêche des lames de rasoirs enduites de mort-aux-rats. Thomas Lewis Lavy, un Américain en lien avec des groupes dits survivalistes, tente en 1993 de traverser la frontière entre l'Alaska et le Yukon avec 130 grammes de ricin, un poison mortel. En 1996, des tenues de protection contre les agents chimiques sont trouvées dans une cache appartenant à une milice américaine de droite établie en Colombie-Britannique. Le « Front islamique mondial », en 1998, profère des menaces toutefois non corroborées d'utilisation de produits chimiques ou biologiques à Montréal (Elcock : 1999).

terroristes « est vraiment devenu la question du jour », « il semble qu'il faut plutôt se demander « quand » le prochain attentat surviendra, et pas « si » il surviendra », ceci incluant le Canada pour qui « la menace augmente » (Elcock, 1998 ; 1999).

Suite aux attentats contre le *World Trade Center* et le Pentagone en 2001, surviennent deux changements significatifs dans les discours des dirigeants du portefeuille du Solliciteur général du Canada. On observe, d'une part, que sont traditionnellement prononcées deux déclarations annuelles au Parlement par le Solliciteur général. La première, sur la *sécurité nationale*, traite du « nouvel ordre mondial » post-guerre froide et de la prolifération des ADM, en somme perçue comme une menace *externe* à la sécurité du Canada. La seconde, sur la *sécurité publique*, n'aborde pratiquement pas la question du terrorisme et traite essentiellement du crime organisé, de la délinquance et du système d'incarcération, soit presque exclusivement de questions *internes* de sécurité.¹³ Un changement important s'opère toutefois à compter de 2002, alors que n'existent plus de discours annuels distincts sur la *sécurité nationale* et la *sécurité publique*. Une seule déclaration demeure, dite de *sécurité nationale*. Celle-ci traite désormais du terrorisme selon une perspective différente, proche de celle du crime organisé : « Nous parlons d'une guerre contre le terrorisme en grande partie de la même façon dont nous parlons de la lutte contre la drogue » (Szarbo, 2001). Après 2001, la perception du terrorisme CBRN traduit ainsi une association désormais indistincte entre menaces internes et externes à la sécurité du Canada.

Un second changement significatif au niveau du discours apparaît pour sa part immédiatement après le 11 septembre, la capacité du Canada à faire face à une « escalade de guerre biologique ou chimique » étant désormais questionnée, comme s'il s'agissait d'une totale nouveauté : « C'est un point dont nous n'avons pas encore parlé en ce qui concerne les activités terroristes », note Paul Szabo, secrétaire parlementaire du Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux (Szabo, 2001).¹⁴ Dans un contexte post-11

¹³ Il est à noter que le terrorisme est mentionné lors d'une seule déclaration sur la sécurité publique, celle du 28 mars 1995, en référence aux attentats du métro de Tokyo (Eser Gray, 1995).

¹⁴ Il paraît pertinent de considérer ici ce discours émanant du Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, puisqu'il a pour mission d'appuyer les divers ministères et organismes

septembre et particulièrement suite aux attentats à l'anthrax survenus en octobre 2001, le discours du Solliciteur général Wayne Easter traduit pour la première fois une vision d'imminence de la menace, liée au terrorisme CBRN.¹⁵ Le problème plutôt « général » de la prolifération internationale des ADM cède le devant de la scène à des discussions précises concernant la gestion des frontières ou la collaboration entre le SCRS et la GRC, ainsi que la CIA et le FBI. (Easter, 2003). L'idée selon laquelle le Canada fait désormais face à une menace concrète, dirigée à l'intérieur de ses frontières, est résumée par Ward Elcock:

Dans l'ensemble, il est estimé qu'une menace directe pèse maintenant sur le Canada (...). Bien sûr, les États-Unis demeurent toujours la principale cible en Amérique du Nord. Bien que le risque d'un attentat à l'arme chimique ou biologique soit jugé faible, particulièrement en territoire canadien, cette menace concerne maintenant directement le Canada (Elcock, 2003)

2) La relation entre santé publique et sécurité nationale

Quelle relation existe entre santé publique et sécurité nationale en ce qui a trait à la menace du terrorisme CBRN, pour le portefeuille du Solliciteur général et SPC, entre 1995 et 2006 ? Si le discours d'interprétation de la menace, en matière de sécurité nationale, concerne la protection de certaines valeurs, alors la définition de cette relation consiste à établir si la santé publique compte parmi ces valeurs, lorsqu'il est question de terrorisme CBRN. Plus précisément, l'existence de cette valeur a été désignée par le concept de sécurité sanitaire : il se distingue de la sécurité traditionnelle, associée à la protection du territoire et à la *survie* de ses habitants, en insistant sur la dimension de protection de la santé ou de la *qualité de vie*, étroitement associée à la mission fondamentale de la santé publique.

Plus concrètement, deux valeurs qui composent l'identité canadienne apparaissent de manière récurrente, entre 1995 et 2006, soit la sécurité des Canadiens et celle de l'État canadien. Si,

fédéraux, dont le Ministère du Solliciteur général. L'interprétation de la menace qui pèse sur le Canada se reflète donc dans le discours de ses dirigeants politiques tels que M. Szabo.

¹⁵ Au début du mois d'octobre 2001, des courriers contaminés par le bacille de l'anthrax sont reçus aux États-Unis, causant cinq décès sur 18 infections. Un acte de terrorisme domestique est soupçonné, la variété d'anthrax utilisée ayant subi un traitement spécial, utilisé au laboratoire américain de Fort Detrick (Boyle, 2005 : 25).

tel que le suggère *Protéger une société ouverte*, la santé publique fait désormais partie du champ de la sécurité nationale au Canada, alors cette valeur récurrente ferait non seulement référence à la *sécurité* des Canadiens en terme d'*absence de mort*, mais aussi à leur *sécurité sanitaire*, en terme de *protection de leur santé et du maintien de la qualité de vie* qui y est associée.

Ainsi, les Solliciteurs Andy Scott et Lawrence MacAuley soulignent respectivement que, peu importe le danger dont il est question « les gens considèrent la sécurité du public comme une composante clé de l'identité canadienne [...] » (Scott, 1998 ; MacAulay, 1999). Cette idée est d'autant plus accentuée suite aux attentats de 2001, la sécurité nationale étant propulsée aux premiers rangs des préoccupations des Canadiens (McLellan, 2004) : « [Ils] veulent avoir l'assurance que les infrastructures essentielles du pays [...] sont sûres, fiables et robustes », une assurance que doit leur offrir leur gouvernement puisque, de tout temps, celui-ci « n'a pas de rôle plus fondamental que la protection de ses citoyens » (Clarkson, 2004 ; Cullen, 2004). Également entre 1995 et 2006, les discours des responsables du portefeuille du Solliciteur général, ainsi que de SPC, affirment la nécessaire protection de l'État canadien lui-même. Plusieurs événements terroristes, selon le Solliciteur général Eser Gray, « mettent en évidence le fait que des sociétés ouvertes et démocratiques constituent des cibles de choix par leur vulnérabilité » et, par le fait même, « un pays aussi pacifique et démocratique que le Canada peut être attrayant pour des organisations terroristes. » (Eser Gray, 1994 ; 1996). Cette préoccupation quant à la vulnérabilité du Canada est d'ailleurs rendue clairement dans le titre évocateur de la PSN, « Protéger une société ouverte » (BCP, 2004).

La protection de la santé publique (ou de la santé du public), intervient dans les discours liés à l'interprétation de la menace du terrorisme CBRN uniquement après les attentats de 2001.¹⁶ La sécurité sanitaire des Canadiens n'est toutefois pas présente dans ce changement. La santé publique, en effet, apparaît moins comme une valeur à protéger que comme une action des

¹⁶ Il importe de distinguer la santé publique comprise comme une action de protection de la santé publique comprise comme l'objet de la protection (on pourrait aussi parler de santé du public). C'est cette dernière définition qui est retenue dans ce mémoire : la santé publique (ou du public) comme enjeu de sécurité nationale, donc comme valeur à protéger. Lorsqu'il sera fait référence à l'action de protection, nous référerons au travail des autorités de santé publique.

autorités de santé publique, un instrument contribuant à protéger la sécurité toujours comprise en terme de *survie*.

Plus précisément, alors qu'entre 1995 et 2001 les discours politiques présentent la lutte contre le terrorisme essentiellement comme une affaire relevant des politiques étrangère et de défense, de même que des organismes d'application de la loi, l'examen des capacités antiterroristes CBRN du gouvernement, à partir de 1999, souligne le soutien nécessaire de diverses institutions en cas d'attentat terroriste. Parmi elles se trouve Santé Canada, « puisque tout cela concerne évidemment le contrôle des agents biologiques dangereux. » (Bryden, 2001). L'appui des services de santé publique n'est toutefois véritablement souligné que suite aux attentats de 2001 survenus aux États-Unis. Ward Elcock salue notamment le rôle du secteur privé, fournisseur de technologies dédiées à la protection de la santé des intervenants et de la population en général :

Lorsqu'on a affaire à des commandos suicides, lorsque plane la menace chimique et biologique, toute opération contre les endroits utilisés par les terroristes devient plus dangereuse. Nous devons disposer d'un large éventail d'outils pour repérer et neutraliser tous les types de systèmes de surveillance et détecter à distance la présence d'explosifs et de substances toxiques. (Elcock, 2002)

Les fausses alertes d'attaques biologiques survenues au Canada, en octobre 2001, mettent quant à elles en évidence le soutien fourni par les autorités de santé publique :

[...] la réaction de toutes les personnes en cause a été parfaite, depuis les premiers intervenants, les agents de sécurité sur la colline du Parlement, les policiers, les spécialistes en matières dangereuses et le service des pompiers, *jusqu'au personnel de Santé Canada qui a testé les substances douteuses* [...]. (Sgro, 2001)¹⁷

De façon plus générale, selon la PSN, « un système de santé publique solide constitue un *moyen de défense* primordial pour protéger les Canadiens contre un grand nombre de menaces actuelles et émergentes » (BCP, 2004 : 31).¹⁸ En ce qui concerne donc le terrorisme CBRN, SPC se dit prêt « à y réagir efficacement [...], l'accent étant mis sur le renforcement

¹⁷ Le passage en italique est ajouté à la citation originale.

¹⁸ Le passage en italique est ajouté à la citation originale.

de la capacité des premiers intervenants de réagir à un incident [de cette nature] » (SPC, 2006a : 12). C'est donc *a posteriori*, une fois une attaque produite, que les services de santé publique sont invités à participer à la protection des Canadiens (bio) et du Canada (géo).

L'année 2001 représente néanmoins un tournant dans les discours d'interprétation de la menace, sans toutefois signifier une certaine ouverture vers la sécurité sanitaire. La ministre de SPC, Anne McLellan, annonce que « notre approche en matière de gestion des situations d'urgences ne convient plus », qu'un nouveau système est nécessaire et que celui-ci permettra de « protéger la population canadienne contre un autre virus de type SRAS et de composer avec le risque d'une attaque terroriste. » (McLellan, 2004a ; 2005a). Se profile une interprétation plus souple des dangers qui pèsent sur la sécurité des citoyens et de l'État canadien, alors que sont désormais considérées d'un même œil les menaces intentionnelles ou naturelles. Ce changement d'interprétation avait d'ailleurs été annoncé dans le Discours du Trône de 2004 :

Les Canadiens désirent également être protégés contre les nouveaux dangers qui menacent la santé, qu'il s'agisse d'une pandémie ou de la contamination de l'eau. *La protection de la santé des Canadiens est une priorité majeure du gouvernement.* (Gouvernement du Canada, 2004)¹⁹

En somme, les discours politiques des dirigeants du portefeuille du Solliciteur général révèlent que la problématique internationale de la prolifération des ADM, entre 1995 et 2001, remporte la palme des préoccupations. Lentement, la question du terrorisme CBRN s'insère dans les discours suite aux attentats commis à Tokyo en 1995 et à l'incident d'Oklahoma City. Dans le discours post-2001, la menace du terrorisme CBRN est finalement ressentie comme imminente ou, à tous le moins, plus si lointaine, une interprétation caractérisée par un effacement de la dichotomie entre sécurité interne et externe. En ce qui a trait au Solliciteur général et à SPC, la relation entre santé publique et sécurité nationale se révèle pratiquement inexistante avant les événements de 2001. Or, si la protection de la santé fait son apparition dans les discours post-11 septembre, elle y est moins associée à une valeur à protéger qu'à un instrument de soutien au service de la protection des valeurs constamment réitérées entre

¹⁹ Les italiques ont été ajoutés.

1995 et 2006, soit la protection des citoyens canadiens et de leur État. La protection de la santé, néanmoins, bénéficie d'une attention croissante de la part des dirigeants, une attention qui coïncide avec une évolution de leur interprétation des menaces, embrassant désormais d'un même coup d'œil celles dites intentionnelles (terrorisme CBRN), ainsi que celles dites naturelles (maladies infectieuses).

2.1.2 Mise à l'agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant le terrorisme CBRN

La compréhension du processus par lequel un enjeu devient un enjeu de sécurité nationale apparaît incomplète, lorsqu'elle est confinée à l'analyse du discours. La santé publique, dans la PSN de 2004, constitue un enjeu de sécurité nationale menacé par le terrorisme CBRN. Afin d'éclaircir le processus ayant abouti à une telle association, la section précédente a d'abord souligné l'interprétation discursive de la menace terroriste CBRN par les dirigeants du Solliciteur général et de SPC ou, autrement dit, la mise à l'agenda du terrorisme CBRN. Cet exercice a permis d'établir l'attention politique accrue accordée au terrorisme CBRN après 2001, ainsi que le rôle de soutien attribué principalement à la santé publique, lorsqu'il est question de sécurité (survie) des citoyens et de l'État.

Que résulte-t-il de cette interprétation ou qu'est-ce qui est réellement fait, sur cette base, au sein des institutions examinées ? L'interprétation discursive de la menace du terrorisme CBRN, à l'intérieur du Solliciteur général et de SPC, devrait se refléter dans la mise à l'agenda décisionnel, c'est-à-dire les activités institutionnelles entreprises sur la base d'une mise à l'agenda d'abord politique, puisque les institutions héritent du discours politique des règles appropriées pour l'action.

1) La place du terrorisme CBRN dans les activités institutionnelles

Entre 1995 et 2001, alors que le processus de mise à l'agenda politique indique que les préoccupations du gouvernement sont tournées vers les « nouvelles » menaces qui émergent avec la fin de la guerre froide, le Solliciteur général diminue ses activités en lien au contre-

espionnage pour se consacrer à la lutte contre le terrorisme (Eser Gray, 1994). Si les discours politiques négligent toutefois la question du terrorisme CBRN, se concentrant davantage sur la question de la prolifération des armes biologiques, chimiques et, surtout, nucléaires, les activités institutionnelles du ministère du Solliciteur général sont pourtant nombreuses à être associées directement ou indirectement à la lutte contre cette menace.

Suite aux rapports de 1987 et de 1989 du Comité spécial sur la sécurité publique et le terrorisme, est élaboré un Plan national de lutte contre le terrorisme :

Il s'agit du plan de gestion clé pour répondre aux incidents terroristes et établir des lignes de communication et des orientations stratégiques afin de guider le personnel de première intervention, les cadres supérieurs du gouvernement et les ministres dans les situations d'urgence. (MacAulay, 1999)

À la lumière des nouvelles menaces qui pèsent sur le Canada, le ministère du Solliciteur général entame en 1995 une révision du Plan, qui, en 1999, devient « plus sensible à l'utilisation possible, par les terroristes, d'armes chimiques et biologiques ou de matières radiologiques » (Solliciteur général du Canada, 1998-1999).²⁰ Le document, généralement décrit comme un « manuel du qui fait quoi », octroie depuis 1985 au Solliciteur général un rôle de premier plan en cas d'attentat terroriste CBRN ou non en sol canadien, rôle dont s'acquitte depuis 2003 Sécurité publique Canada (Parlement du Canada 1999 ; SPC, 2004 : 18).

En appui au Plan national de lutte contre le terrorisme, le Programme de préparation opérationnelle consiste quant à lui en la tenue d'ateliers, de séminaires et d'exercices destinés à renforcer la capacité du Canada à combattre le terrorisme. Dès leur première élaboration en 1989, les activités du Programme visent à « sensibiliser davantage la population et à encourager la coopération inter organismes pour contrer la menace des terroristes ou l'usage

²⁰ Soulignons que les Rapports sur le rendement cités dans l'ensemble du mémoire ne couvrent pas la période 1995-1996. Ces documents ont été produits dans certains ministères uniquement à partir de l'exercice budgétaire 1996-1997, des suites d'une initiative du Secrétariat du Conseil du Trésor visant à orienter les ministères canadiens vers une gestion par résultats. Le SCRS est le seul organisme du Solliciteur général dont le Rapport sur le rendement est intégré à celui du ministère du Solliciteur général (Solliciteur général, 1997).

à des fins criminelles d'armes nucléaires, biologiques ou chimiques au Canada. » (MacAulay, 1999).

À la demande du Sénat est par ailleurs créé, le 28 mars 1998, un Comité spécial sur la sécurité et les services de renseignement, une initiative qui exprime un intérêt « nouveau » du gouvernement canadien envers le terrorisme CBRN. En effet, publiés en 1987 et 1989, les derniers rapports sénatoriaux avaient établi que des terroristes seraient peu enclins à engendrer de lourdes pertes civiles ou matérielles, par crainte d'alimenter l'antipathie populaire à l'égard de leur cause. Or, dans son rapport publié en 1999, le Comité reconnaît que l'attentat au gaz sarin, commis dans le métro de Tokyo en 1995, a ouvert la boîte de Pandore en invitant des terroristes à faire usage d'agents CBRN (Parlement du Canada, 1999)

Également en 1999, les ministres de la Défense nationale et du Solliciteur général demandent à John Bryden, autrefois spécialiste des armes chimiques et biologiques au Canada et alors représentant libéral à la Chambre des Communes, « d'examiner l'état de préparation du Canada concernant l'utilisation d'armes biologiques ou chimiques par des terroristes » (Bryden, 2001). Suite aux recommandations de Bryden, la coordination de la réponse gouvernementale face à un attentat CBRN est améliorée, des réunions interministérielles sont organisées et un représentant de la Défense nationale est affecté à temps plein à la Direction de l'antiterrorisme du ministère du Solliciteur général (Ibid).

Le Solliciteur général s'active également aussi bien au niveau bilatéral, avec les États-Unis, que multilatéral, en ce qui concerne le terrorisme CBRN. En 1998 et 1999, il rédige avec le Département d'État des États-Unis des « lignes directrices sur les attaques à l'arme chimique, biologique, radiologique et nucléaire en vue de l'échange de renseignements en cas d'incident de cette nature. » Également, le ministère coordonne la participation canadienne à des accords trilatéraux entre le Canada, les États-Unis et la Grande-Bretagne dans ce même domaine (Solliciteur général, 1999 : 22).

Ces diverses activités sont accélérées et d'autres voient le jour sous l'onde de choc engendré par les événements terroristes de 2001, marquant l'ouverture soudaine des vannes budgétaires

à Ottawa. Entre 1995 et 2001, les crédits nécessaires aux activités institutionnelles précédemment mentionnées ne sont effectivement pas au rendez-vous, le Solliciteur général annonçant par exemple, de façon paradoxale, une augmentation des efforts liés à la lutte contre le terrorisme suite à l'effondrement de l'empire soviétique et une diminution du budget et des effectifs du SCRS (Eser Gray, 1994).²¹ En outre, non seulement les ressources du Solliciteur général, du SCRS et de la GRC décroissent entre 1995 et 1998, mais aucune ressources avant 2001 ne sont attribuées spécifiquement à la lutte contre le terrorisme CBRN.²² Entre 1995 et 2000, le Solliciteur général s'attèle principalement à la révision du Plan national de lutte contre le terrorisme et sa priorité stratégique numéro un, pour cette période, correspond au crime organisé. (Solliciteur général du Canada, 1997 ; 1998 ; 1999 ; 2000 ; 2001). Le manque de crédits pour lutter contre la menace terroriste CBRN est d'ailleurs vivement déploré par John Bryden, 2001 :

Je rappelle à la Chambre qu'avant la tragédie de New York, aucun député ne parlait de la menace du terrorisme chimique et biologique. Nous étions quelques-uns à être conscients de la présence de ce danger [...]. [Un programme de contre-terrorisme] maintenant, Dieu merci, mais les crédits manquent à l'appel. Les ministres ne pouvaient pas en obtenir à l'époque, au niveau suffisant. (Bryden, 2001)

L'insuffisance des crédits budgétaires reflète en somme le peu d'attention politique accordée au terrorisme CBRN avant 2001, date à partir de laquelle la tendance est inversée :

Les attaques terroristes du 11 septembre 2001 et les lettres à l'anthrax qui ont suivi cet événement ont ajouté un sentiment d'urgence à l'initiative dirigée par le ministère du solliciteur général du Canada qui visait à renforcer la capacité de lutte contre le terrorisme et à améliorer les programmes connexes. (Solliciteur général du Canada, 2002)

²¹ Alors que les effectifs du SCRS sont de 2 760 en 1992, ils chutent à 2 366 en 1994. En outre, le budget du Service est de 206,8 millions pour l'année 1994-1995, contre 228, 7 millions en 1993-1994 (Eser Gray, 1994).

²² On remarque qu'avant les événements de 2001, le terrorisme apparaît comme une problématique générale, inscrite parmi plusieurs autres (crime organisé, services correctionnels, application de la loi) et pour lesquelles un montant d'ensemble est attribué dans le budget annuel du ministère du Solliciteur général. Uniquement après 2001 des initiatives de préparation et d'intervention CBRN pour lesquelles un montant spécial est alloué sont annoncées. À ce sujet, consulter les *Rapports sur le rendement* du ministère du Solliciteur général et de SPC (voir la bibliographie).

Le renforcement de cette capacité comprend, dans le budget de 2001, l'affectation de 513 millions de dollars, dont 89 sont par exemple destinés à la formation des premiers intervenants provinciaux et municipaux et 170 à la mise sur pied de l'Initiative de recherche et de technologie (IRTC) chimique radiologique et nucléaire (IRTC, 2006 ; Parlement du Canada, 2004a : 28 ; SPC, 2002 : 11).²³ L'amélioration de la capacité du gouvernement à faire face à une telle menace est également guidée par un document-cadre, *La Stratégie en matière chimique, biologique, radiologique et nucléaire du gouvernement du Canada*. Publié en 2005, il constitue un appui à la PSN ainsi qu'au Plan national de lutte contre le terrorisme en offrant une définition claire d'un incident CBRN et en établissant quatre grands objectifs stratégiques à atteindre pour le Canada (prévention et atténuation, préparation, intervention et rétablissement), de même que les outils pour les atteindre (SPC, 2005a).

Enfin, donnant suite au sentiment d'urgence exprimé dans les discours quant à la menace grandissante du terrorisme CBRN, le Solliciteur général du Canada et SPC multiplient les engagements multilatéraux, mais surtout bilatéraux, la préservation de « l'intégrité de la frontière canado-américaine » apparaissant plus que jamais comme une préoccupation centrale (Cullen, 2004). Notamment, outre la poursuite d'exercices de simulation communs (TOPOFF 2 (mai 2003) et TOPOFF 3 (avril 2005) succèdent à TOPOFF 1, tenu en 2000) des arrangements bilatéraux sont conclus avec les États-Unis afin d'améliorer l'équipement canadien ou la technologie canadienne destinée à combattre le terrorisme CBRN (Solliciteur général, 2001 : 11).²⁴

²³ Des 89 millions accordés à la formation des premiers intervenants, 10 millions sur deux ans servent à l'achat d'équipements de protection CBRN, 59 millions sur six ans permettent le développement et la prestation d'un programme national de formation des secouristes et 20 millions sur six ans servent à former les équipes de recherche et de sauvetage en milieu urbain (Parlement du Canada, 2004 : 28).

Quant à l'IRTC, elle est responsable de l'évaluation et du financement des projets visant à améliorer le niveau de préparation et d'intervention du Canada face aux incidents CBRN (IRTC, 2006).

²⁴ À la demande du Congrès, en 2000, TOPOFF 1 ou *Top Official 1* met en scène la dissémination du virus de la peste à Denver. TOPOFF 2, pour sa part, simule en mai 2003 un incident terroriste radiologique et biologique. Toujours sur la question des agents chimiques, biologiques et radiologiques, TOPOFF 3 a eu lieu en avril 2005 et TOPOFF 4 se tiendra en 2007. Bien que le Canada et la Grande-Bretagne participent à ces exercices, les scénarios sur lesquels se basent les exercices concernent principalement les États-Unis (PC., 2005 : A11).

2) *La relation entre santé publique et sécurité nationale*

En matière d'agenda politique, il a été établi que le concept de sécurité sanitaire est absent de l'interprétation de la menace par les hauts fonctionnaires du Solliciteur général et ce, pour toute la période étudiée dans ce mémoire. Plus précisément, la relation entre santé publique et sécurité nationale est absente des discours politiques du ministère du Solliciteur général entre 1995 et 2001, puis apparaît, non pas comme une valeur à protéger, mais comme un instrument de soutien aux autorités de l'organisation, dont la mission centrale demeure la protection du Canada et de ses citoyens en terme de survie.

En ce qui a trait à l'agenda décisionnel, cette fois, une relation *presque* semblable entre santé publique et sécurité nationale peut être établie. Il se trouve en effet que Santé Canada constitue un organisme de soutien en cas d'attentat terroriste CBRN bien avant 1995. Créé en 1976, le Groupe spécial d'évaluation de la menace constitue un comité de scientifiques et de professionnels de la santé présidé par un représentant de Santé Canada et a pour responsabilité « d'évaluer les menaces et les attentats terroristes nucléaires, chimiques ou biologiques, de les prévenir, de les contenir ou de prêter assistance de quelque façon que ce soit dans de tels cas. » (SCRS, 1995). Par ailleurs, quoique aucun des *Rapports sur le rendement* du ministère du Solliciteur général ne souligne avant 2001 l'existence d'un partenariat avec Santé Canada, le rôle de soutien des services de santé existe bel et bien à travers le Programme de préparation opérationnelle en matière de lutte contre le terrorisme, en place depuis 1989 (MacAulay, 2001).

Suite aux attentats contre le *World Trade Center* et le Pentagone, ainsi que, surtout, suite à l'épisode des lettres piégées à l'anthrax en 2001, la sécurité sanitaire peut être associée à une initiative fédérale bien précise. Cette dernière, directement associée à l'interprétation souple et intégrée des menaces promue par SPC, correspond à la création d'un Comité du Cabinet sur la sécurité publique, la santé publique et la protection civile, dès 2001. Présidé par le ministre de SPC, ce Comité a plus précisément pour objectif « de gérer les questions et les activités liées à la sécurité et au renseignement, et de coordonner la réponse de l'ensemble du

gouvernement à toute situation d'urgence (santé publique, catastrophe naturelle, sécurité, etc.) » (SPC, 2003).

Si la création de ce Comité témoigne d'une volonté d'ajouter la protection de la santé publique aux valeurs déjà bien établies de protection de la survie des citoyens et de l'État canadien, elle pèse toutefois bien peu par rapport à d'autres initiatives qui, elles, mettent plutôt de l'avant le rôle de soutien de la santé publique, déjà exploré en ce qui a trait au discours politique. Plus particulièrement, ce rôle s'inscrit dans le contexte entourant la mise sur pied et les activités de Sécurité publique Canada (Cullen, 2004).²⁵

La mission de SPC fait effectivement écho à la vision souple et intégrée des menaces exprimée dans la PSN. Différentes activités institutionnelles en sont issues, dont l'établissement, au sein même du ministère, d'un Centre des opérations gouvernementales (COP) destiné à gérer « tout ce qui représente une menace à la sécurité des Canadiens et des Canadiennes [...] que cette menace soit réelle ou perçue, imminente ou effective, une catastrophe naturelle ou une activité terroriste » (SPC, 2005b). De la même façon, à compter de 2003, le Plan national de lutte contre le terrorisme est révisé en fonction de l'établissement du Système national d'intervention en cas d'urgence (SNICU), qui prévoit une réponse coordonnée et une structure de soutien pour toutes les menaces (par exemple terrorisme, cybersécurité, catastrophes naturelles) [...] » (SPC, 2003 : 18)

Quoique ces activités confirment le tournant remarqué au niveau du discours d'interprétation de la menace, en ce qui a trait à la vision désormais intégrée des menaces, une ouverture susceptible de signifier une plus grande importance accordée à la sécurité sanitaire, l'examen des activités institutionnelles met plutôt en évidence le rôle instrumental de la santé publique en cas d'un attentat CBRN. À la tête de cette « approche globale et intégrée de la sécurité publique et de la gestion des mesures d'urgence » se situe en effet SPC, dont l'autorité est

²⁵ La Loi sur le ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile réunit ainsi sous l'autorité du ministre du SPC les activités de l'ancien ministère du Solliciteur général. La GRC, le SCRS, le Service correctionnel du Canada, la Commission nationale des libérations conditionnelles, l'Agence des services frontaliers du Canada, le Centre canadien des armes à feu, ainsi que trois organismes de surveillance existants se retrouvent dès lors dans le portefeuille de SPC.

clairement exprimée en cas d'attentat terroriste en sol canadien. À la tête de la Sécurité publique et de la Protection civile, le ministère incarne « le chef désigné » en cas d'attentat terroriste en sol canadien (SPC, 2005c). Cette responsabilité comprend un rôle de coordonnateur auprès de tous les ministères dont le soutien est nécessaire en cas d'urgence CBRN, parmi lesquels Santé Canada (SPC, 2005a). Les activités présentées ci-haut – le COP et le SNICU – forment en somme des outils de gestion destinés à SPC en cas d'attentats terroristes CBRN au Canada. Ces outils de gestion, en outre, concernent essentiellement l'intervention et le rétablissement selon *La Stratégie CBRN* : « Santé Canada détient la responsabilité de la coordination de la planification, de la préparation et de l'intervention reliées aux urgences de santé publique » et « est aussi responsable de la [...] prestation de l'expertise en ce qui concerne les conséquences d'événements chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires pour la santé publique » (SPC, 2005a : 9). Autrement dit, c'est toujours un rôle de soutien *a posteriori* qu'est appelée à jouer la santé publique, lorsqu'il est question de terrorisme chimique, biologique, radiologique ou nucléaire.

L'analyse du processus de mise à l'agenda décisionnel met à jour des conclusions inattendues. D'une part, contrairement à ce que laissent croire les discours d'interprétation de la menace entre 1995 et 2001, le terrorisme CBRN fait l'objet d'activités institutionnelles nombreuses et ce, malgré le manque de crédits budgétaires alloués à la lutte contre cette menace. Ce manque confirme d'ailleurs le peu d'attention politique accordée au terrorisme CBRN avant 2001, une tendance inversée après les attentats contre New York et Washington. Alors que la crainte du terrorisme CBRN, désormais perçue comme une menace pressante, alimente les discours des dirigeants du Solliciteur général et du SPC, les crédits budgétaires sont au rendez-vous et stimulent encore davantage les mécanismes institutionnels. D'autre part, les règles héritées du discours, en ce qui concerne la relation entre santé publique et sécurité nationale, ne se reflètent pas parfaitement dans les activités du portefeuille du Solliciteur général et de SPC. Le rôle de soutien attribué aux autorités de santé publique précède en effet les événements de 2001 et la sécurité sanitaire n'est pas non plus complètement étrangère à la période qui précède les attentats de septembre et d'octobre 2001. Finalement, quoique la vision intégrée des menaces promue dans les discours de SPC laisse croire en une ouverture envers la protection de la santé et la qualité de vie, plutôt que

uniquement la survie, les activités en cours depuis 2001 infirment cette idée. Elles donnent plutôt à penser que la santé publique demeure avant tout associée à un instrument de soutien à la protection traditionnelle de la sécurité, soit la survie des Canadiens et de l'État.

2.2 Santé Canada : terrorisme CBRN, santé publique et sécurité nationale

2.2.1 Mise à l'agenda politique : interprétation discursive de la menace terroriste CBRN

Cette deuxième section concerne l'interprétation des décideurs politique du terrorisme CBRN entre 1995 et 2006, au sein de Santé Canada. L'analyse du processus de mise à l'agenda politique du terrorisme CBRN s'y intéresse plus particulièrement à l'importance accordée à cette menace dans les discours, ainsi qu'à la relation entre santé publique et sécurité nationale qu'ils établissent, en lien au concept de sécurité sanitaire.

1) La place du terrorisme CBRN dans le discours

La vaste mission de Santé Canada, soit « d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé » inclut, entre autres priorités stratégiques, « prévoir et prévenir les risques pour la santé et intervenir au besoin », (SC, 1997 : 3-4). Or, si l'institution est appelée à s'occuper de situations d'urgence ou de catastrophes, l'interprétation de ses élites gouvernantes de ce que constitue une « urgence » ou une « catastrophe » exclut toute référence à des incidents terroristes. Par exemple, le ministre de la Santé Allan Rock souligne la préoccupation grandissante envers la protection de la qualité de l'eau potable, une question largement débattue au Parlement en 1996 et 1997 :

Le Canada a l'une des réserves d'eau douce les plus importantes et les plus sûres au monde. Nous voulons qu'il continue d'en être ainsi. Toutefois, la qualité de cette eau a souvent été menacée et, dans les années 1990, celle-ci est exposée à de *nouveaux dangers* [...]. *L'augmentation rapide de la population* crée des pressions accrues sur les approvisionnements en eau sur les systèmes de distribution existants. Les *pesticides* et l'écoulement des *produits chimiques* utilisés pour arroser les champs agricoles suscitent de nouvelles préoccupations. Au cours des dernières années, on a constaté une augmentation alarmante de *déchets d'origine animale* dans les aqueducs municipaux et

ceux-ci ont rendu un grand nombre de personnes malades [...]. (Rock, 1997)²⁶

Parmi ces « nouveaux dangers » qui affectent les réserves canadiennes d'eau potable, aucun ne concerne ainsi la contamination intentionnelle de l'eau, une menace pourtant proférée par des groupes extrémistes au Canada dans les années 1990 selon le SCRS (Elcock, 1999).

De façon plus générale, les situations d'urgence auxquelles font référence les dirigeants de Santé Canada traduisent une vision aussi bien internationale des menaces à la santé - il est question de l'épidémie d'Ebola en Afrique et de la contamination possible de voyageurs entrant au Canada – que nationale des menaces pesant directement sur les citoyens canadiens (en référence plus particulièrement à l'épisode du sang contaminé utilisé pour les transfusions sanguines).²⁷

Cette interprétation des menaces évolue toutefois à la fin des années 1990, alors que sont prises en considération les urgences issues de catastrophes non seulement naturelles ou accidentelles, mais également causées délibérément par l'être humain:

Nous vivons à une époque de changement constant en matière de risques pour la santé. De nouvelles maladies comme le sida apparaissent et certaines maladies comme la tuberculose refont surface. Des milliers de nouveaux produits chimiques ont été incorporés dans l'environnement depuis la Deuxième Guerre mondiale et, *de plus en plus, nous devons gérer la menace [...] que sont les catastrophes naturelles et les actes de terrorisme potentiels.*²⁸ (Santé Canada, 1998 : 13)

Il s'agit cependant de l'unique mention d'une menace délibérée ou terroriste contre la santé des Canadiens avant 2001, comme s'il s'agissait d'un événement hautement improbable.

²⁶ Les italiques ont été ajoutés.

²⁷ Au début du mois de mai 1995, une épidémie causée par le virus Ébola se déclare au Zaïre. Les autorités canadiennes sont alors fortement sollicitées, alors que deux voyageurs en provenance du pays affecté par la maladie sont mis en quarantaine. Santé Canada doit alors informer la population sur la nature du virus, élaborer un plan d'urgence en collaboration avec les aéroports, émettre des avertissements à l'attention des voyageurs Canadiens en partance pour l'Afrique, etc. (PC et AP, 1995 : p.A2 ; PC, 1995 : p.A11).

Également, en 1997, le rapport du juge Horace Krever établit qu'il y a eu négligence criminelle dans l'affaire du sang contaminé. Le juge soutient que l'absence de mesures préventives, alors qu'il devenait clair que des maladies infectieuses graves se transmettent par le sang, a résulté en « un désastre pour la santé publique ». (Marissal, 1997 : A1)

²⁸ Les italiques ont été ajoutés.

C'est d'ailleurs ce que traduit le discours du ministre Allan Rock, suite aux attentats contre le *World Trade Center* et le Pentagone, lorsqu'il affirme que s'est produit ce « qui jusqu'à maintenant demeurait inimaginable ». (Rock, 2001ab). À compter de cet épisode, qui engendre un changement dans les objectifs gouvernementaux et un sentiment d'urgence quant à la nécessité d'atteindre ces nouveaux objectifs, « les actes délibérés de terrorisme et de bioterrorisme » sont désormais inclus d'emblée parmi les « nouveaux dangers » qui pèsent sur la santé des Canadiens (SC, 2001 ; 2002).

2) La relation entre santé publique et sécurité nationale

La relation entre santé publique et sécurité nationale, au sein de Santé Canada entre 1995 et 2006, peut être définie par l'association de la protection de la santé publique à une valeur recherchée et qui doit être protégée. Si l'existence de cette valeur, au sein de SPC, n'a pu être clairement établie dans la section précédente, concernant le Solliciteur général et SPC, elle transpire cette fois du discours de Santé Canada, dont la mission est précisément orientée vers la protection de la santé des citoyens canadiens. On y retrouve ainsi, en d'autres termes, un parfait exemple de l'application du concept de sécurité sanitaire : en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé, Santé Canada est responsable de « la protection de la population contre la propagation de la maladie et les risques pour la santé », une vision en fait calquée sur celle de l'OMS et selon laquelle « la santé ne se résume pas simplement aux soins de santé » ou à « l'absence de maladie » (Marleau, 1995a ; Ministère de la Justice, 1996).

Or, bien que la sécurité sanitaire teinte de façon fondamentale l'interprétation des menaces par les élites gouvernantes de Santé Canada, il n'en reste pas moins que le terrorisme CBRN échappe complètement à cette interprétation avant 2001. Par conséquent, il peut être conclu que le terrorisme CBRN n'est pas pris en considération parmi les nombreuses menaces qui existent et sont citées par rapport à la santé publique, comme valeur à protéger : « La protection de la santé continuera d'être [...] l'une de mes priorités. Je parle ici de la protection des Canadiens contre les risques posés par de nouvelles maladies, produits dangereux, l'environnement ou certains médicaments. » Ainsi, l'interprétation des menaces par les dirigeants de Santé Canada, en ayant pour objectif la sécurité sanitaire, se situe dans

un registre différent de celui des dirigeants du Solliciteur général, qui eux interprètent les dangers en fonction de la sécurité en terme de survie des Canadiens et du Canada :

Quand on pense à la sécurité, c'est bien souvent la sécurité dans nos rues qui nous vient à l'idée. Mais dans nos vies quotidiennes, d'autres facteurs de sécurité sont, au moins, aussi importants : je pense à l'innocuité de nos aliments, de l'eau, des médicaments ou encore à la certitude de pouvoir être soigné en cas de nécessité, sans égard au revenu personnel. (Marleau, 1995b)

Une certaine ouverture en matière d'interprétation des menaces est néanmoins présente dans « l'esprit » de la Loi sur le ministère, ou du moins dans la façon dont cette loi est présentée dans le discours : selon Diane Marleau, ministre de la Santé de 1993 à 1996, la législation permet de « nous concentrer sur le vaste éventail des problèmes qui ont aujourd'hui une incidence sur la santé des Canadiens. » (Marleau, 1995a), C'est donc dans cette ouverture que s'engouffre la menace du terrorisme CBRN en 2001, alors que Santé Canada adopte la vision intégrée et souple de la santé publique, vision promue par le gouvernement et qui a déjà été soulignée dans le cas du Solliciteur général et de SPC. Selon le ministre de la Santé Allan Rock, il importe que Santé Canada élargisse sa compréhension des urgences sanitaires pour y inclure « toutes sortes de situations, y compris des catastrophes chimiques, biologiques et autres. » (Rock, 2001a). Cet élargissement, qui « [réflète] les changements de la préparation et de l'intervention d'urgence au XXI^e siècle », se traduit dans les discours par l'adoption très révélatrice d'un nouvel objectif, soit la protection de la *sécurité de la santé* : « la chose la plus importante pour moi et pour le gouvernement du Canada, c'est de protéger la sécurité de la santé des Canadiens et des Canadiennes. » (Bennett, 2005a ; Rock, 2001c).

Alors qu'en 1998 le terrorisme CBRN est interprété comme une menace à la santé *et* à la sécurité, après 2001, il est donc question de *sécurité de la santé*, une appellation exprimant clairement la vision selon laquelle la protection de la santé constitue une valeur à protéger face à la menace délibérée du terrorisme (SC, 1998 : 13). Le terrorisme CBRN n'appartient plus, autrement dit, à une vision de la sécurité qui concerne uniquement la survie et qui relève des autorités d'application de la loi et du renseignement. Comme le résume plus simplement le député André Bachand, « Les événements des derniers jours ont mis en lumière l'importance de la dimension relative à la santé dans la lutte au terrorisme [...] » (Bachand,

2001). Et puisque la protection de la santé ne se résume pas à « l'absence de maladies », Santé Canada perçoit son rôle, en matière de sécurité de la santé, comme allant au-delà de l'intervention ou du rétablissement *a posteriori*. Il est question d'accroître la capacité en matière de surveillance du système de santé publique canadien et d'améliorer son réseau de laboratoires, afin d'agir *en amont* d'un attentat CBRN, afin de préserver la santé et la qualité de vie. La prévention, ainsi étroitement liée au concept de sécurité sanitaire, est également comprise comme une activité devant déborder les frontières nationales :

Les événements du 11 septembre nous ont fait percevoir une réalité qui, jusque-là, avait été occultée, c'est-à-dire que la terreur transcende les frontières et ne respecte la vie de personne. [...] lorsqu'il s'agit de santé publique, de lutte contre le terrorisme [...] il faut absolument que la communauté mondiale travaille ensemble, qu'elle mette en commun son savoir et ses compétences. (McLellan, 2003a)

Je suis fier que Santé Canada participe à l'édification du système de santé publique dont les Canadiens ont besoin. Les menaces à notre santé et à notre sécurité se multiplient. Avec la mondialisation [...] nous devons rester vigilants face à la possibilité d'attentats terroristes. Notre responsabilité en matière de santé publique dépasse dorénavant nos frontières (McLellan, 2003b)

En somme, sur le plan du discours, entre 1995 et 2001, le terrorisme CBRN est absent de l'interprétation de la menace par Santé Canada. Pratiquement exclu des « nouveaux dangers » qui pèsent sur la santé des Canadiens, il est ainsi associé à « l'inimaginable » et ce, jusqu'en 2001, date à partir de laquelle il hante désormais les discours. Quant à la relation entre santé publique et sécurité nationale, elle est caractérisée par l'importance qu'accorde Santé Canada à la protection de la santé face à des menaces non intentionnelles avant 2001, puis intentionnelles également après les attentats terroristes contre les États-Unis. Or, alors qu'en 1998 le terrorisme CBRN était jugé comme une menace envers la sécurité *et* la santé, il est maintenant interprété comme une menace à la *sécurité de la santé*, concept qui accompagne l'adoption, par Santé Canada, de la vision intégrée des situations d'urgence post-2001. Contrairement à SPC, toutefois, l'institution met autant l'accent sur ses activités d'intervention et de rétablissement que de prévention et de préparation à une attaque terroriste et ce, autant au niveau national qu'international. Santé Canada, en d'autres termes, apparaît au plan discursif comme un défenseur de la sécurité sanitaire, plutôt qu'uniquement de la sécurité des Canadiens et du territoire canadien.

2.2.2 Mise à l'agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant le terrorisme CBRN

Encore une fois, la compréhension du processus par lequel un enjeu devient un enjeu de sécurité nationale serait incomplète sans une analyse de la mise à l'agenda décisionnel ou, plus simplement, de ce qui est réellement accompli sur la base du discours. L'interprétation discursive du terrorisme CBRN, à l'intérieur de Santé Canada, devrait en effet se refléter dans la mise à l'agenda décisionnel, c'est-à-dire les activités institutionnelles entreprises sur la base d'une mise à l'agenda d'abord politique, puisque les institutions héritent du discours politique des règles appropriées pour l'action.

1) La place due terrorisme CBRN dans les activités institutionnelles

En accord avec le discours de ses hauts fonctionnaires, Santé Canada oriente en plus grande partie ses activités vers les urgences de santé publique non intentionnelles entre 1995 et 2001. En 1996-1997, 42,4 millions de dollars sont consacrés à la surveillance de la santé nationale, concernant principalement « les maladies à déclaration obligatoire, comme le VIH et la tuberculose ainsi que de nouveaux virus comme l'Ebola. » Entrent également dans cette catégorie les « agents pathogènes à diffusion hémotogène », grands responsables de l'épisode du sang contaminé (SC, 1997 : 4-25). On remarque que la surveillance de la santé, exercée principalement par le Laboratoire de lutte contre la maladie, demeure toutefois distincte des activités d'évaluation et de gestion des risques environnementaux – toujours non intentionnels – causés par les dispositifs à radiations (équipements médicaux, par exemple) ou les produits chimiques industriels.

En 1998, toutefois, pour une gestion dite « moderne » des nouveaux risques à la santé, sont réunies les activités de surveillance et de gestion des risques sous le vocable de Gestion des risques en matière de santé, recevant 180,3 millions de dollars en 1997-1998, 267,8 millions de dollars en 1998-1999 et 264,7 millions de dollars en 1999-2000. Si la Gestion des risques en matière de santé prend en considération autant les catastrophes naturelles que intentionnelle, aucune activité institutionnelle précise n'est orientée vers la menace du

terrorisme CBRN (SC, 1998 :3 ; 1999 : 12 ; 2000 :29). En somme, si la restructuration des activités de Santé Canada en fonction de la Gestion des risques en matière de santé et l'augmentation des crédits budgétaires qui l'accompagne font écho à la présence de « nouveaux dangers » pour la santé des Canadiens, cette interprétation exclut, comme il a déjà été fait mention, la menace délibérée du terrorisme CBRN.

En fait, une seule initiative pré-2001 concerne de façon précise, non pas les urgences CBRN, mais uniquement la menace posée par le *bioterrorisme*. Il s'agit de l'ouverture du Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale à Winnipeg, en 1999 : « Ce nouvel établissement permettra de faire des recherches sur les agents pathogènes les plus dangereux et les plus contagieux de niveau 3 et 4. Il permettra en outre au Canada de répondre rapidement à toute éclosion locale ou nationale de maladies » (SC, 1999).

Les événements de septembre et d'octobre 2001, aux États-Unis, provoquent au sein de Santé Canada le même sentiment d'urgence que celui observé chez le Solliciteur général et qui s'exprime par la nécessité pressante de prendre une action qui aille au-delà des mécanismes institutionnels en place : « Depuis 18 mois, [le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada] œuvre à préparer le Canada à toute éventualité. Les événements du 11 septembre nous ont appris qu'il faut faire plus et beaucoup plus rapidement » (Rock, 2001d).

Ainsi, plusieurs investissements relatifs à la lutte contre le terrorisme CBRN et plus particulièrement contre le bioterrorisme sont annoncés dans les semaines et les mois qui suivent le 11 septembre 2001. Si ces crédits font écho à l'attention politique accordée au terrorisme CBRN, il est toutefois difficile d'établir s'il s'agit d'un investissement majeur ou véritablement « supplémentaire ». En effet, pour l'exercice budgétaire 2000-2001, Santé Canada remanie encore une fois ses orientations stratégiques : il n'est plus question de Gestion des risques en matière de santé, mais de l'intégration des fonctions de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies, pour lesquelles sont accordées 348,5 millions de dollars (SC, 2001b).

Il peut être établi, toutefois, que ces sommes servent moins à créer de toutes pièces de nouveaux mécanismes importants (à l'exception de la création de l'Agence de Santé publique du Canada), qu'à orienter ceux qui existent déjà en fonction de l'inclusion, parmi les « nouveaux dangers » qui menacent la santé des Canadiens, de la menace terroriste CBRN. Un investissement de 170 millions de dollars sur cinq ans permet par exemple d'offrir des cours sur d'éventuelles attaques biologiques, chimiques, radiologiques ou nucléaires à des agents de secours d'urgence ainsi qu'à des employés de laboratoires provinciaux et municipaux (SC, 2002a). S'ajoutent ainsi simplement, à leurs compétences, des éléments de connaissance CBRN. Un autre exemple consiste en l'investissement de 15 millions de dollars sur deux ans, en vue d'améliorer le réseau pancanadien de laboratoires. Le Centre scientifique canadien de la santé humaine et animale de niveau 4 situé à Winnipeg devient ainsi le spécialiste attitré des maladies infectieuses parmi les cinq autres laboratoires devenus Centres nationaux de collaboration du Canada (ASPC, 2004a). Cet élargissement des fonctions de mécanismes déjà existants s'exprime également dans la modernisation de la Loi sur la quarantaine, révisée pour la première fois depuis 1972 : sanctionnée le 12 mai 2005, la Loi C-12 visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles au Canada facilite désormais, entre autres, « les liens avec les autorités provinciales en matière de santé ou la GRC, dans le cas où l'on craint qu'il s'agisse d'un acte de terrorisme. » (Bennett, 2004a).

Sous l'impulsion des attentats de 2001, outre l'amélioration ou la réorientation des mécanismes institutionnels existants, une initiative majeure voit par ailleurs le jour. Pourtant annoncée le 12 décembre 2003, au même moment que l'ensemble des initiatives de sécurité nationale proposées par le gouvernement Martin, l'Agence de santé publique du Canada est créée par décret le 24 septembre 2004, puis voit officiellement le jour le 12 décembre 2006 (BCP, 2005 : 28). Inscrite parmi les piliers institutionnels de la PSN, l'Agence incarne de façon concrète le lien entre autorités de santé publique et la menace terroriste CBRN. Les situations d'urgence deviennent sa « spécialité », alors que le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada, qui représente « le point central » en ce qui concerne les questions de sécurité liées à la santé publique – incluant le bioterrorisme – relève désormais de sa responsabilité (ASPC, 2006a).

Nombreuses, les activités de l'Agence de santé publique se démarquent autant en territoire nord-américain qu'au niveau international. En partenariat financier avec la *Nuclear Threat Initiative* de Washington, l'Agence conçoit par exemple en 2004 une nouvelle version du Réseau mondial d'information en santé publique qui, sans arrêt, recueille et diffuse en trois langues à partir des sources médiatiques mondiales « des informations pertinentes » sur une foule d'événements, dont le bioterrorisme (ASPC, 2004b). En 2005, l'Agence signe en outre un protocole d'entente avec les États-Unis, visant à faciliter l'échange et la comparaison simultanée d'informations en cas de bioterrorisme par l'entremise de deux systèmes virtuels parallèles, PulseNet USA et PulseNet Canada, établis respectivement au *Center for Diseases Control* (CDC) d'Atlanta et au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (ASPC, 2005ab). Enfin, l'Agence est également très active auprès de l'OMS. À la demande de cette dernière, des équipes canadiennes du laboratoire de Winnipeg peuvent être dépêchées partout dans le monde. L'une d'elle a notamment été envoyée en Angola, afin d'y combattre la résurgence du virus de la fièvre hémorragique Marburg. Ce genre d'intervention, selon la ministre d'État à la Santé publique Carolyn Bennett (2003-2006), « renforce le rôle de premier plan que joue le Canada dans la santé publique et la lutte contre le bioterrorisme partout dans le monde » (Bennett, 2005a, ASPC, 2005a).

2) La relation entre santé publique et sécurité nationale

Tel qu'il a déjà été démontré, la protection de la santé constitue une valeur centrale promue par Santé Canada, valeur pour laquelle la menace du terrorisme CBRN n'est pas explicitement prise en compte entre 1995 et 2001. Discours et activités institutionnels concordent en effet sur ce point. Par exemple, en juillet 2000, est créé le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada, un centre d'opérations axé sur les incidents provoqués par l'homme « en temps de paix », c'est-à-dire accidentels plutôt que criminels (Rock, 2001d ; Santé Canada, 2000 :25).

Après 2001, les activités institutionnelles de Santé Canada dénotent l'élargissement de l'interprétation de la menace souligné dans le discours de ses élites gouvernantes. Or, si assurer la sécurité de la santé face à la menace désormais reconnue et pressante du terrorisme

CBRN signifie des activités accrues pour Santé Canada – qui débordent l'intervention et le rétablissement en cas de crise pour également participer à sa prévention – il n'est pas clair si ce rôle en est un de soutien face aux objectifs et valeurs promus par le Solliciteur général et SPC. En effet, alors qu'en 2001 les discours des élites gouvernantes de Santé Canada laissent croire en l'importance de la sécurité sanitaire, au même titre que la sécurité en termes traditionnels visée par SPC, ses activités institutionnelles illustrent une réalité plutôt mitigée en ce qui a trait à la lutte contre le terrorisme CBRN.

D'une part, la création de l'Agence de santé publique marque effectivement un tournant important dans la protection de la santé. Tel qu'annoncé dans la PSN de 2004, elle doit être assurée à travers les mécanismes de l'Agence et surtout le leadership qu'elle est appelée à exercer en matière de santé publique au Canada (ASPC, 2006b). Ainsi, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada est incorporé à l'ASPC, avec pour nouvelle mission d'y « tenir le rôle d'autorité en matière de santé au sein du gouvernement du Canada relativement au bioterrorisme, aux services de santé d'urgence et aux mesures d'urgence » (ASPC, 2006a). En outre, dès novembre 2001, le ministre Rock annonce la création du Comité consultatif national sur la sécurité et la recherche en matière d'agents chimiques, biologiques et radioactifs. Cet organisme de conseils, appelé à travailler avec le ministère du Solliciteur général et non à y être subordonné, œuvre à la protection de la santé des Canadiens, une « priorité absolue » (SC, 2001c).

Cette prépondérance de la protection de la santé doit cependant être nuancée puisque, d'autre part, la sécurité de la santé est présentée comme « un élément clef de la lutte contre le terrorisme » « sous la coordination de Sécurité publique Canada » (ASPC, 2006a ; SC, 2001c). Plutôt que de signifier une ouverture certaine envers la sécurité sanitaire, elle concerne autrement dit une initiative parmi d'autres, prévues dans la PSN, comme la sécurité des transports, de la sécurité de la frontière, que de la sécurité internationale (BCP, 2004). Comme ces autres initiatives, la sécurité de la santé est subordonnée au premier objectif du Plan national de lutte contre le terrorisme, soit « d'empêcher les terroristes d'entrer au Canada et protéger les Canadiens et les Canadiennes contre les actes de terrorisme » (SC, 2001d). Pour appuyer cette idée, il est possible de souligner le peu de visibilité que reçoit le

Comité consultatif national sur la santé publique, de même, plus important encore, le fait que le ministre de la Santé ne soit pas nommé au Comité du Cabinet sur la sécurité nationale, la *santé publique* et la protection civile en 2001 (Ablonczy, 2001).²⁹

De façon plus générale, on dénote enfin que les activités institutionnelles liées à la protection de la santé concernent moins le terrorisme CBRN que le *bioterrorisme uniquement*. C'est notamment le cas du Comité consultatif national sur la santé publique, dont la mission originale consiste à fournir des conseils sur « la nature, la préparation et la réaction à la menace *bioterroriste* » (SC, 2001c). Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'ASPC constitue pour sa part l'autorité du gouvernement en matière de *bioterrorisme* (ASPC, 2006a). Les activités nord-américaines et internationales de l'Agence sont également orientées vers le bioterrorisme : PulseNet USA et PulseNet Canada concernent cette menace, à laquelle est d'ailleurs dédiée le laboratoire de Winnipeg (et non sur les agents chimiques, par exemple), alors que les activités des ministres de la Santé « pour améliorer la protection de la santé à l'échelle mondiale » illustrent une inquiétude plus particulière envers la résurgence du virus de la variole, causée par une main criminelle (ASPC, 2005a ; SC, 2002b).

En guise de conclusion concernant la mise à l'agenda décisionnel, plusieurs éléments doivent être soulignés. En premier lieu, on remarque que les activités institutionnelles de Santé Canada reflètent de façon très générale le discours de ses dirigeants, puisque entre 1995 et 2001, les initiatives en matière d'urgence sont concentrées sur les situations accidentelles plutôt que criminelles, une tendance que modifient toutefois les attentats terroristes de 2001. À partir de cette date, les activités de Santé Canada consistent largement en une expansion de ses mécanismes existants, ceci afin d'être en mesure de faire face à la menace du terrorisme CBRN. L'initiative la plus importante, qui correspond aussi au changement le plus notable, consiste en la création de l'Agence de Santé publique du Canada. Ses activités nationales et internationales concernent précisément la menace terroriste CBRN et ce, autant au niveau de

²⁹ En fait, la seule « trace » d'activité du Comité qui a pu être trouvée concerne son travail entourant l'évaluation de l'achat de vaccins antivarioliques par le gouvernement du Canada. On mentionne que le Comité « devra être consulté », sans toutefois préciser dans quelles circonstances ou sur quel sujet exactement (SC, 2001e).

la prévention que de l'intervention et du rétablissement en cas d'attentat, laissant à penser qu'elle œuvre à la sécurité sanitaire des Canadiens.

En second lieu, cependant, la relation entre santé publique et sécurité nationale contraste visiblement entre le discours et les activités institutionnelles. Alors que la sécurité de la santé laisse en effet croire en l'importance acquise par la sécurité sanitaire, puisqu'il ne serait plus question de sécurité *et* de santé lorsque l'on aborde la question du terrorisme CBRN, mais plutôt d'une vision intégrée de ces deux éléments, les activités institutionnelles de l'ASPC jettent un doute important quant à la justesse de cette observation. En effet, il semblerait qu'en matière de terrorisme CBRN, SPC demeure l'organisme principal de coordination et de décision et la sécurité de la santé demeure un objectif, parmi d'autres, subordonné au premier but de la PSN, soit assurer la sécurité du Canada et des Canadiens. L'ASPC, en outre, possède davantage de latitude en ce qui concerne la question du bioterrorisme uniquement et non les urgences CBRN en général.

2.3 Conclusions

Confrontée à la menace du terrorisme CBRN, comment la santé publique est-elle devenue un enjeu de sécurité nationale ? En fait, au terme de l'analyse présentée dans le chapitre II, il est possible de se demander si elle représente bel et bien un tel enjeu. Car en dépit des affirmations contenues dans la PSN, selon lesquelles pèse sur la santé publique la menace du terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire et que celle-ci fait désormais partie des éléments stratégiques clef de la sécurité nationale au Canada, l'application d'outils théoriques inspirés de la théorie de la sécurisation à cette étude de cas met à jour une réalité beaucoup plus complexe.

Le Solliciteur général, ainsi que Santé Canada, doivent à présent être soumis à comparaison, un exercice utile puisqu'il offre une vue d'ensemble du processus de sécurisation de la santé publique au Canada en lien à la menace du terrorisme CBRN, un processus jusqu'ici observé de façon compartimentée. Le tableau 2.1 synthétise l'information significative amassée et favorise ce survol général.

Le tableau 2.1 montre la complexité du processus de sécurisation de la santé publique, en ce qui concerne uniquement la menace du terrorisme CBRN, de même que les angles d'approche multiples qu'une analyse globale de ce phénomène comporte. Afin de satisfaire avant tout les objectifs proposés dans ce mémoire, deux éléments de conclusion sont plus particulièrement tirés de ce paysage global et permettent ainsi de clore – bien que de manière très incomplète – le chapitre II.

Un premier élément de conclusion concerne l'approche théorique utilisée en guise d'outil d'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale. Selon cette approche, les mécanismes institutionnels héritent des discours d'interprétation de la menace les règles appropriées pour leur action. Or, en deux endroits précis les activités institutionnelles ne correspondent pas aux discours. D'abord, on remarque qu'entre 1995 et 2001, alors que le terrorisme CBRN est pratiquement absent des discours au sein du Solliciteur général, les activités qui concernent cette menace sont pourtant nombreuses. Une explication à ce phénomène peut être trouvée dans le rapport du Comité spécial du Sénat sur la sécurité et les services de renseignement, qui souligne que les parlementaires n'ont souvent pas accès aux analyses et évaluations produites par les services de renseignement, en raison du secret qui entoure leurs activités pour raisons de « sécurité nationale ». Or, « quand vient le temps d'approuver des mesures législatives, des budgets et des politiques, le Parlement n'a souvent pas accès à ces analyses ou à ces évaluations » (Parlement du Canada, 1999). Autrement dit, l'absence du terrorisme CBRN dans les discours entre 1995 et 2001, alors qu'il fait pourtant l'objet d'activités institutionnelles, de même que le manque de crédits alloués à la lutte contre cette menace s'expliquerait par cette « culture » du secret entourant les analyses produites par le SCRS. Pourquoi discuter et interroger le gouvernement, alors qu'on ne peut reconnaître et évaluer le problème (Ibid) ?

Ensuite, on note qu'entre 2001 et 2006, aussi bien pour le Solliciteur général que pour Santé Canada, l'adoption d'une vision intégrée de la menace marque une ouverture concernant la sécurité sanitaire, la santé publique étant associée à une valeur à protéger. Or, pour les deux institutions, toujours entre 2001 et 2006, leurs activités réelles révèlent que cette ouverture est en fait illusoire, que domine plutôt une vision traditionnelle de la sécurité des citoyens pour

laquelle la santé publique exerce un rôle essentiellement de soutien, le seul domaine où elle possède davantage de latitude étant celui du bioterrorisme. Le deuxième élément de conclusion du chapitre, présenté ci-dessous, fournit une explication à ce phénomène. En définitive, il existe une divergence ou une absence de continuité entre discours et activités institutionnelles et ce, en dépit du présupposé sur lequel repose l'approche théorique utilisée.

Un second élément de conclusion propose que la santé publique ne corresponde pas à un enjeu de sécurité nationale, en ce qui concerne la menace du terrorisme CBRN et en dépit du contenu de la PSN. La sécurité sanitaire demeure dans l'ombre alors que domine la vision traditionnelle de la sécurité survie, étroitement liée à la notion de survie. Plusieurs éléments permettent d'avancer une telle conclusion. Comme souligné ci-haut, la protection de la santé comme valeur à protéger n'existe que dans les discours (*mise à l'agenda politique*), le rôle de protection de la santé apparaissant en réalité comme un élément de soutien aux objectifs du Solliciteur général et de SPC (*mise à l'agenda décisionnel*). En outre, le fait que l'ASPC hérite surtout du dossier du bioterrorisme, le dossier qui revient le plus « naturellement » aux autorités de santé publique pour sa consonance sanitaire, témoigne de la dichotomie qui perdure entre santé et sécurité. Peu de choses ont donc changé : le Solliciteur général et SPC, qui possèdent bien avant 2001 l'apanage de la gestion du terrorisme CBRN, la préservent, contrairement à Santé Canada pour qui il s'agit d'une nouveauté uniquement post-11 septembre. Si la vision intégrée des menaces au sein de SPC jette malgré tout un doute quant à l'importance que pourrait effectivement revêtir la sécurité sanitaire, indice de l'entrée de la santé publique dans le champ de la sécurité nationale, un examen attentif de cette vision permet d'établir qu'elle correspond en fait, pour le portefeuille, à l'addition des menaces intentionnelles/criminelles et des menaces accidentelles/naturelles sous un même chapeau. Alors que les premières correspondent au terrorisme CBRN, les secondes font plutôt référence aux maladies infectieuses. Et c'est précisément à leur égard qu'est adopté un discours clair sur la protection de la santé. Par opposition, cette observation suggère que le terrorisme CBRN demeure strictement perçu comme un crime, plutôt que comme un crime *et* une urgence sanitaire au Canada.

Tableau 2.1

Le processus de sécurisation de la santé publique au Canada (1995-2006)

Chapitre II – Terrorisme CBRN

	Solliciteur général – SPC	Santé Canada
INTERPRÉTATION DISCURSIVE DE LA MENACE TERRORISTE CBRN		
1995-2001		
Importance du terrorisme CBRN	Non	Non
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Non	Non Sécurité <i>et</i> santé
2001-2006		
Importance du terrorisme CBRN	Oui	Oui
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Oui Vision intégrée/ rôle de soutien de la santé publique	Oui Vision intégrée/ apparition de la sécurité de la santé
ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES EN LIEN AU TERRORISME CBRN		
1995-2001		
Importance du terrorisme CBRN	Oui	Non
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Oui Rôle de soutien de la santé publique	Non Sécurité <i>et</i> santé
2001-2006		
Importance du terrorisme CBRN	Oui Initiative accrue	Oui Nouveaux mécanismes - ASPC
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Oui Rôle de soutien de la santé publique domine la vision intégrée	Non Rôle dominant de soutien et activités de protection de la santé liées au bioterrorisme

CHAPITRE III

MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET RÉÉMERGENTES, SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ NATIONALE AU CANADA (1995 - 2006)

Alors que le chapitre II met en lumière le processus par lequel, face à la menace du terrorisme CBRN, la santé publique devient un enjeu focal du champ de la sécurité nationale au Canada, le chapitre III concerne pour sa part les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, autre menace importante envers la santé publique soulignée dans la PSN. Le processus de sécurisation de la santé publique se caractérise également par une mise à l'agenda politique et décisionnel des maladies infectieuses, processus observé tant chez le Solliciteur général que chez Santé Canada, entre 1995 et 2006.³⁰ L'attention portée par leur élites politiques envers les MIER, ou plus précisément leur interprétation discursive de cette menace, est analysée sur la base de deux indicateurs : 1) l'importance accordée aux MIER dans les discours politiques et ; 2) face à cette même menace, la relation établie entre santé publique et sécurité nationale en lien avec le concept de sécurité sanitaire (mise à l'agenda politique). Ce qui est réellement accompli par ces deux institutions est par la suite analysé en fonction de ces mêmes indicateurs: 1) l'importance accordée aux MIER au sein de leurs activités et, 2) la relation entre santé publique et sécurité nationale que celle-ci révèle (mise à l'agenda décisionnel).

³⁰ Le Solliciteur général œuvre « à la protection de la société et au maintien de la paix, de la justice et de la sécurité ». Il comprend divers organismes, dont le ministère du Solliciteur général, ainsi que le SCRS. Seuls ces deux organismes sont retenus ici pour fin d'analyse, en raison de l'importance qu'ils accordent à la sécurité nationale. Le 12 décembre 2003, par décret du premier ministre Martin, le portefeuille de Sécurité publique et Protection civile Canada intègre les fonctions du Solliciteur général. Sécurité Publique et Protection civile Canada prend officiellement vie le 23 mars 2005, lorsque le projet de loi C-6 reçoit la sanction royale (Solliciteur général du Canada, 1997 ; SPC, 2003). Le portefeuille et le ministère ont récemment été rebaptisés Sécurité publique Canada (SPC).

Le chapitre III complète le second objectif du mémoire en appliquant, cette fois à la menace posée par les maladies infectieuses, les outils théoriques pertinents à l'analyse de la santé publique développés dans le chapitre I. Au terme de ce dernier chapitre devrait émerger plus clairement le processus par lequel la santé publique s'apparente à un enjeu de sécurité nationale au Canada. Déjà, le précédent chapitre a permis de conclure que, en matière de terrorisme CBRN, la santé publique n'a pas été réellement « invitée » dans le champ de la sécurité nationale. Il existe malgré tout une ouverture, dans le discours, envers l'importance accrue de la santé publique comme valeur à protéger – c'est-à-dire envers la sécurité sanitaire – plutôt que comme simple instrument de soutien à la protection physique des Canadiens contre des agressions strictement criminelles. Cette ouverture concerne toutefois davantage la question des MIER, une observation que permettra de confirmer ou non le présent chapitre.

3.1 Du Solliciteur général à Sécurité publique Canada : maladies infectieuses émergentes et réémergentes, santé publique et sécurité nationale

3.1.1 Mise à l'agenda politique : interprétation discursive des MIER

L'interprétation des MIER, par les décideurs du ministère du Solliciteur général du Canada, puis de Sécurité publique Canada entre 1995 et 2006, est traitée dans la première section du chapitre III. Elle correspond à l'étape première du processus de sécurisation soit, la mise à l'agenda politique des maladies infectieuses qui, pour cette période et cette institution, révèle l'importance accordée dans le discours de ses dirigeants envers les MIER, de même que la nature de la relation entre santé publique et sécurité nationale.

1) La place des maladies infectieuses dans le discours

C'est sans surprise que l'on constate la quasi absence de référence aux maladies infectieuses dans les discours des hauts fonctionnaires du Solliciteur général du Canada, un ministère responsable des services de police, de l'application de la loi, de la sécurité nationale, des services correctionnels et du régime de mise en liberté sous caution au Canada. Autrement dit, s'il est voué à la promotion et au maintien d'une société « où tous les citoyens peuvent se

sentir à l'abri de menaces à leur sécurité personnelle ou à la sécurité nationale », le Solliciteur général associe essentiellement les notions de sécurité (biologique et géographique) à la menace d'activités criminelles (Solliciteur général, 1997 : 1-5).

Avant 2003 et la crise du Syndrome respiratoire aigu sévère, les maladies infectieuses sont totalement absentes du discours des responsables du Solliciteur général, si ce n'est de la référence indirecte qui y est faite lorsqu'il est question de la consommation de drogues injectables en milieu carcéral. Par exemple, le projet de loi C-406, Loi modifiant notamment le Code criminel et la Loi sur le système correctionnel, est longuement discuté afin de faire de la propagation du VIH/sida une nouvelle infraction et rendre obligatoire chez les détenus et les immigrants le dépistage de maladies sexuellement transmissibles. Ce projet devra enrayer non seulement la propagation du VIH/sida, mais « il améliorera aussi la santé et la sécurité des citoyens canadiens et il sauvera des vies » (Breitkreuz, 1997).

S'il anime bien des débats, il ne suscite toutefois aucun discours significatif de la part du ministre du Solliciteur général et ce, bien que le projet de loi modifie des législations dont l'application relève de son autorité. Celui-ci s'en remet généralement, en ce qui a trait à la transmission des maladies infectieuses, à son homologue responsable de la Santé. « Les autorités pénitentiaires travaillent en étroite collaboration avec les représentants de Santé Canada pour s'assurer que personne ne contracte la tuberculose évolutive », affirme simplement le Solliciteur général Herbert E. Gray, lorsque se déclare une épidémie de tuberculose au pénitencier de Kingston, en Ontario (Eser Gray, 1995). C'est aussi le cas en ce qui concerne la Stratégie canadienne antidrogue, à laquelle participe pourtant le ministère depuis qu'elle a été mise sur pied, en 1989. Dans l'optique de cette Stratégie, c'est à la ministre de la Santé, Diane Marleau, qu'il revient de se prononcer sur la Loi de réglementation de certaines drogues et autres substances qui a pour objectif de réduire l'abus de drogues au Canada en accroissant la capacité des forces de police et des tribunaux, l'injection de substances illicites étant étroitement liée à la propagation de maladies infectieuses (Marleau, 1994).

Cette interprétation de la menace des MIER, par les hauts fonctionnaires du Solliciteur général -- qui se réduit en fait pratiquement à un silence entre 1995 et 2004 -- peut trouver une explication dans le discours du Trône de 1999. Les maladies infectieuses y sont interprétées comme une menace essentiellement *externe* au Canada, voire synonyme de *lointaine*, ne pesant que très indirectement sur les Canadiens en raison de l'instabilité internationale qu'elles provoquent :

La santé et des soins de qualité sont essentiels au bien-être de tous les Canadiens et Canadiennes ; ils constituent l'un de nos grands atouts dans le contexte actuel de la mondialisation des marchés. [...] Alors que la guerre froide devient chose du passé, il y a un plus grand besoin d'adjoindre aux questions de sécurité nationale une approche cherchant à répondre aux problèmes de plus en plus graves qui touchent la sécurité des personnes [dont] les maladies à grande échelle. [...] Les Canadiens et les Canadiennes reconnaissent que leur qualité de vie est en partie tributaire de celle de leurs voisins, ceux avec qui ils partagent la planète. Un monde où les personnes sont en sécurité est un monde où moins de gens ont à fuir leur foyer, où il y a moins de crime et de terrorisme, et où il y a moins de risques associés à la maladie et à la pollution (Gouvernement du Canada, 1999).

Cette perception des MIER pourrait donc expliquer, ne serait-ce qu'en partie, la faiblesse des discours des hauts fonctionnaires du Solliciteur général à leur égard, une observation qui tend cependant à se modifier à compter d'avril 2004, date à laquelle la ministre de Sécurité publique Canada présente la toute première Politique de sécurité nationale :

Ce nouveau système [de sécurité nationale] nous permettra d'intervenir en cas de menaces intentionnelles et naturelles. Il permettra de protéger la population contre un autre virus de type SRAS et de composer avec les risques d'un attentat terroriste. [...] Cette politique de sécurité nationale n'est pas un début, ni une fin -- il s'agit, en fait, d'un document évolutif conçu pour s'adapter aux nouvelles menaces. [...] Protéger une société ouverte montre que le Canada ne restera pas impuissant devant de nouvelles menaces variées, peu importe leur nature ou leur origine. (McLellan, 2004a)

Dès lors, on ne dénombre plus les discours qui, d'une part, relatent cette nouvelle approche « contre tous les risques », « intégrée et efficace en cas de désastre ou de catastrophe, peu importe sa nature » et, d'autre part, les raisons qui la rendent nécessaire, soit « l'environnement actuel », ce « monde incertain, le monde le plus dangereux que nous ayons

jamais connus » et dans lequel tout est possible, à tout moment (Anne McLellan, 2004c, 2004d, 2005b) :

En 2003, au cours d'une période d'environ six à huit mois, on a eu recours à l'assistance du gouvernement fédéral pour le SRAS, la maladie de la vache folle, la panne de courant du mois d'août, les incendies de forêt dans l'Ouest et de graves tempêtes, comme les ouragans dans l'Est du pays. [...] nous devons savoir qu'il se peut que nous soyons appelés à gérer tout un éventail de situations d'urgence qui se succèdent ou même qui se produisent en même temps. (Bloodworth, 2004)

En somme, à partir de 2004, les discours révèlent l'importance soudaine que revêtent les MIER pour les dirigeants du Solliciteur général, devenu Sécurité publique Canada. Cette importance, qui puise plus particulièrement ses racines autant dans la crise du SRAS que le 11 septembre 2001, signifie une interprétation différente de la menace. Elle ne semble plus, en effet, si lointaine alors que « des virus et des bactéries mortels peuvent parcourir la moitié de la planète en quelques heures à peine et infliger des pertes énormes » et que les changements climatiques en accroissent d'autant plus la probabilité (Bloodworth, 2004, 2005). Il faut néanmoins noter que l'attention discursive accordée aux maladies infectieuses, par les hauts fonctionnaires de Sécurité publique Canada, fait partie de la préoccupation plus générale envers tout un « éventail de menaces qui pèsent sur les Canadiens » et donc « à l'endroit de la notre sécurité nationale » (McLellan, 2004d).

2) La relation entre sécurité nationale et santé publique

Quelle est la relation qui existe entre santé publique et sécurité nationale en ce qui a trait à la menace des MIER, pour le Solliciteur général et SPC, entre 1995 et 2006 ? Définir cette relation consiste à établir si la santé publique – ou la protection de la santé des Canadiens – compte parmi les valeurs essentielles à protéger pour le Canada, valeurs contenues dans le discours d'interprétation de la menace, en ce cas-ci des maladies infectieuses. Plus simplement, dans le discours des dirigeants du Solliciteur général portant sur les MIER, dans est-il question de sécurité sanitaire?

Encore une fois, c'est sans surprise que l'on constate la timidité avec laquelle le ministère aborde la question de la santé publique. Il n'y a, en effet, rien d'inattendu au fait que les discours du Solliciteur général, de façon récurrente, réitèrent ne pas avoir « de rôle plus fondamental que la protection de ses citoyens », en particulier contre le crime organisé, les délinquants dangereux et le terrorisme (Gouvernement du Canada, 2001). Les références à la nécessaire préservation de la santé des Canadiens contre les maladies infectieuses sont ainsi extrêmement limitées, quoique le Solliciteur général souligne, en 2003, que « la sécurité, la santé et le bien-être de nos enfants et de nos jeunes sont une priorité », en faisant référence à la Stratégie canadienne antidrogue (Solliciteur général, 2003 : 22). C'est seulement depuis 2000 que le ministère mentionne toutefois Santé Canada à titre de partenaire dans la lutte contre le crime organisé et le trafic de stupéfiants (Solliciteur général, 2002 : 37).

Ces références à la protection de la santé, loin d'être étoffées, laissent néanmoins entrevoir une certaine sensibilité de la part du Solliciteur général aux enjeux de santé publique qui dérivent des activités criminelles dont il a la responsabilité. Le Solliciteur n'en demeure pas moins centré sur la protection traditionnelle des citoyens et du pays, comprise en terme de survie plutôt que de qualité de vie. Les rares discours qui font référence à la santé publique – portant essentiellement sur les tâches qui incombent au Solliciteur versus celles qui reviennent aux autorités de santé publique – laissent à penser que les domaines de l'application de la loi et de la santé publique demeurent clairement séparés.

Le lien entre santé publique et sécurité nationale demeure tout aussi ténu alors que sévit l'épidémie de SRAS, le Solliciteur général n'étant jamais appelé à se prononcer sur la question, toutes références à l'intervention des services d'urgences étant traitées plutôt par le ministre de la Santé. Une vision nouvelle de la sécurité nationale au Canada, incluant cette fois le spectre des maladies infectieuses, semble néanmoins émerger de la crise :

Dans le petit monde d'aujourd'hui, nous avons besoin de mesures de surveillance efficaces au niveau national [...] il faudrait faire appel à *Santé Canada*, à *Agriculture Canada*, aux *Forces armées*, y compris les services de protection civile, et à d'autres intervenants (Adams, 2003).

En outre, notre pays est aux prises avec de nouvelles difficultés, à savoir l'apparition du SRAS. Les Canadiens sont inquiets. Nous n'avons pas l'habitude de voir des gens marcher dans les rues ou entrer dans les hôpitaux ou les aéroports le visage couvert d'un masque. À cause d'un virus ou d'un ensemble d'agents encore non identifiés, l'alarme a été sonnée tant dans tout le Canada que dans le monde entier. Les coûts que pourrait entraîner cette maladie sont encore inconnus. Nous vivons en des temps incertains sur le plan économique. Ce n'est pas le moment de faire de grandes dépenses ni de faire aux Canadiens des promesses qui ne pourront pas être tenues. [...] *Les forces armées n'ont droit qu'à des miettes*. Nous avons le droit de nous inquiéter (James Lunney, 2003).

Ces références aux forces armées, et plus particulièrement au service de protection civile, témoignent d'une interprétation différente de la menace incarnée par la propagation des maladies infectieuses. Sous l'impulsion de la crise du SRAS, la protection de la santé déborde autrement dit la seule responsabilité des institutions de santé publique, alors qu'est soulignée pour la première fois la participation incontournable d'intervenants jusque-là voués à la survie des citoyens canadiens.

Cette interprétation nouvelle fait rapidement son chemin, alors que le 12 décembre 2003, la création par décret du ministère de la Sécurité publique fait en sorte que soient incorporées, aux anciennes fonctions du Solliciteur général, les services de protection civile jusque-là sous la responsabilité de la Défense nationale.³¹ Face à la menace désormais avérée des maladies infectieuses envers la population canadienne, une certaine ouverture envers la protection de la santé, comme valeur à protéger dans le cadre de la première Politique de sécurité nationale, prend forme : le gouvernement fédéral entend faire preuve de leadership pour « faire face non seulement à la menace évidente d'une attaque terroriste, mais également aux autres incidents d'importance nationale *qui peuvent mettre en danger la santé des Canadiens* [...], y compris les catastrophes naturelles, les pandémies et les activités du crime organisé » (McLellan, 2004b).

³¹ Avant le 12 décembre 2003, le Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile relève de la Défense nationale. Une fois incorporé à Sécurité publique Canada, les fonctions du Bureau sont scindées entre celles relatives aux infrastructures essentielles et celles liées à la protection civiles. La protection des infrastructures essentielles concerne dix secteurs clés, c'est-à-dire dont dépendent le bien-être et le bon fonctionnement du pays. Parmi ces secteurs se trouvent notamment le soins de santé. La protection civile, pour sa part, concerne la gestion des mesures d'urgence en étroite collaboration avec les premiers intervenants, soit les pompiers, policiers et intervenants de santé publique (SPC, 2006bc).

Cette préoccupation envers la santé des Canadiens, toutefois, s'inscrit dans une vision de la sécurité nationale qui comprend plusieurs volets, la protection de la santé publique n'en étant qu'une parmi tant d'autres. Également, face à l'émergence de menaces de toutes sortes dans un monde considéré comme soudainement « petit », c'est un rôle de chef de file que tend à assumer Sécurité publique Canada selon le discours de la ministre. Cela ne signifie donc pas une participation forcément nouvelle et plus importante en ce qui concerne précisément les urgences de santé publique, mais une préoccupation en quelque sorte « généralisée » contre une multiplication des risques dans de nombreux domaines – transports, infrastructures essentielles, *santé publique*. Par exemple, interrogée sur la question des mesures prises pour assurer la sécurité et la santé des citoyens face à des catastrophes comme le SRAS, la ministre rapporte la création de son ministère, la mise sur pied du Centre des opérations du gouvernement et l'affectation de 105 millions de dollars en nouveaux crédits à la politique nationale de sécurité pour la planification des mesures d'urgence, soit autant d'éléments s'appliquant aussi bien aux conséquences d'un ouragan, d'un attentat terroriste CBRN ou d'une pandémie de grippe (McLellan, 2004d).

Par ailleurs, une préoccupation particulière envers la menace terroriste semble demeurer à l'esprit des dirigeants de Sécurité publique Canada, car – sans supplanter les autres menaces associées à la sécurité nationale – elle persiste largement dans leur discours : après avoir énuméré toutes les menaces « nouvelles » à la sécurité nationale, soit le SRAS, la panne d'électricité d'envergure du mois d'août 2003 et l'épidémie d'encéphalite spongiforme bovine (ESB), la sous-ministre Margaret Bloodworth soutient très clairement que, « en tête des menaces figure, bien évidemment, la menace terroriste » (Bloodworth, 2005).

De la mise à l'agenda politique des maladies infectieuses, illustrée dans les discours des élites gouvernantes du Solliciteur général, puis de Sécurité publique Canada, émerge en somme une conclusion brève, à l'image même de ces discours. En effet, dans les années qui précèdent la crise du SRAS, la menace des maladies infectieuses n'est que rarement évoquée et ne l'est en fait que dans un contexte bien précis, celui de la propagation du VIH/sida ou de l'hépatite associée à la consommation de drogues injectables. L'apparition du Syndrome respiratoire aigu sévère change la donne, les MIER franchissant dès lors la frontière entre menace externe

et interne. Pour la première fois, dans le discours, est ainsi soulignée l'importance des organismes traditionnels de sécurité, tels que les forces armées, dans l'intervention d'urgence que nécessite une catastrophe sanitaire. L'intérêt des dirigeants de Sécurité publique Canada à cet égard doit toutefois être nuancé, puisqu'il découle d'un sentiment d'inquiétude généralisé, traduit par l'adoption d'une approche de la sécurité nationale « contre tous les risques ». Ce même constat s'applique à la relation entre santé publique et sécurité nationale qui naît de la menace des maladies infectieuses : bien qu'après 2003 les discours des dirigeants politiques laissent place à la protection de la santé, comme valeur à protéger – un domaine jusque-là laissé aux bons soins de Santé Canada –, cette valeur n'est qu'une parmi d'autres, réunies sous le parapluie protecteur de SPC, avec en tête de liste la menace persistante du terrorisme. Il est en somme impossible de conclure en l'avènement, sur le plan de la mise à l'agenda politique, de la sécurité sanitaire au sein de Sécurité publique Canada, comme du Solliciteur général avant lui.

3.1.2 Mise à l'agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant les MIER

Selon la PSN, la santé des citoyens canadiens est menacée non seulement par la probabilité croissante d'attentats terroristes CBRN, mais également par la propagation de maladies infectieuses telles que le SRAS. Plus précisément, la section précédente a établi l'interprétation discursive de la menace des MIER par les dirigeants du Solliciteur général et de SPC ou, autrement dit, la mise à l'agenda politique des maladies infectieuses. Les discours qui y portent sur les maladies infectieuses étant cependant limités - ne permettant pas une appréciation claire des MIER comme enjeu focal de la sécurité nationale au Canada - il convient d'examiner dans la section suivante le processus de mise à l'agenda décisionnel, les institutions héritant théoriquement du discours politique des règles appropriées pour l'action.

1) La place des maladies infectieuses dans les activités institutionnelles

Alors que les discours évoquant les MIER, chez les dirigeants du Solliciteur général et de SPC, se font plutôt rares, il en va différemment des activités institutionnelles dont ils ont la responsabilité. Or, quoique nombreuses, elles confirment la tendance soulignée dans

l'interprétation discursive de la menace et ce, plus particulièrement en regard à trois étapes se succédant - tout en se chevauchant - entre 1995 et 2006 : la lutte contre les maladies infectieuses générées par la consommation de drogues, la réaction au SRAS et le peaufinage de cette réaction dans le cadre de la préparation contre une pandémie de grippe.

Acteur important de la Stratégie canadienne antidrogue depuis 1989, le Solliciteur général du Canada lutte de manière continue contre le trafic des stupéfiants et les activités du crime organisé qui y sont liées. Il agit ainsi en accord avec le discours précédemment rapporté qui, quoique bref, énonce clairement la priorité accordée à « la sécurité, la santé et le bien-être de nos enfants et de nos jeunes » lorsqu'il est question de lutte contre l'abus de drogues au Canada (Solliciteur général, 2003 : 22). Les activités institutionnelles que génère cette priorité apparaissent toutefois plus nombreuses que le laissent croire les rares discours sur les maladies infectieuses. Outre les initiatives concernant les affaires correctionnelles, la justice pénale ou la criminalité transfrontalière, le Solliciteur général entreprend des activités qui, en lien avec Santé Canada, illustrent de façon plus explicite sa préoccupation envers les maladies infectieuses engendrées par la consommation de drogues illicites. Par exemple, en 1997, le ministère élabore « en collaboration avec le ministère de la Justice, la GRC et Santé Canada, [...] un règlement sur l'application de la loi par les services de police, qui procure clairement à ces derniers le pouvoir législatif d'exécuter des opérations surveillées de vente et de livraison de drogues. » (Solliciteur général, 1997 : 17). Également, en 2003, le ministère s'affirme comme « participant essentiel du comité antidrogue dirigé par Santé Canada, lequel vise à faciliter l'échange d'information et la coordination des initiatives horizontales destinées à appuyer la Stratégie canadienne antidrogue » (Solliciteur général, 2003 : 22). Toujours en 2003, non seulement le nouveau portefeuille de SPC élabore-t-il son propre « cadre de responsabilisation » afin de s'assurer que ses organismes s'acquittent toujours adéquatement des tâches d'application de la loi qui leur incombent dans le cadre de la Stratégie antidrogue, mais il se préoccupe en outre toujours des maladies infectieuses, en amorçant l'élaboration d'un « cadre de responsabilisation horizontal sous la direction de Santé Canada qui guidera l'approche du gouvernement fédéral à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue » (SPC, 2004 : 27).

Ces activités se poursuivent indépendamment des changements importants qui surviennent au sein du Solliciteur général, bientôt SPC, suite à la crise provoquée par le Syndrome respiratoire aigu sévère. Pour la première fois depuis l'épidémie de grippe espagnole (1918), une maladie infectieuse « étrangère » menace la santé des Canadiens. Il serait toutefois présomptueux d'attribuer à cette crise uniquement les changements survenus au sein du ministère, ses dirigeants ayant clairement souligné la multiplication des menaces auxquelles a dû faire face le Canada depuis 2001, parmi lesquels les attentats du 11 septembre, la panne d'électricité d'août 2003, l'encéphalite spongiforme bovine et l'ouragan Katrina (bien que le Canada n'ait pas souffert de cette tempête tropicale, il a participé activement aux opérations de sauvetage dans les régions les plus touchées des États-Unis). Au sein du ministère, donc, la crise du SRAS doit être considérée comme un moteur important, sans être toutefois unique, des nouvelles orientations lancées avec la création de Sécurité publique Canada. À cette réorganisation institutionnelle correspond l'adoption d'un objectif central, soit élaborer des « mesures continues en matière de gestion des mesures d'urgence et de sécurité nationale », incluant « des politiques et réponses stratégiques coordonnées à tous les types d'urgence » (SPC, 2004 : 134). De cet objectif central découle la création du Secteur de la gestion des mesures d'urgence et de la sécurité nationale de SPC :

« [Le Secteur] réunit les fonctions de gestion des urgences de l'ancien Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, et les fonctions d'organisme de sécurité nationale de l'ancien ministère du Solliciteur général. En mettant des activités de prévention des urgences et en assurant une intervention en cas d'urgence, [SPC] contribue à protéger les Canadiens des méfaits du terrorisme, des catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence d'envergure nationale. » (SPC, 2005c : 14)

De cette initiative découlent ensuite la mise sur pied du Système national d'intervention en cas d'urgence (SNIU), de même que du Centre des opérations du gouvernement (COG). Afin que ces « outils » soient opérés le plus efficacement possible, s'ensuit en 2005 l'élargissement du système de communication en direct existant, celui-ci incluant désormais la GRC, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), le ministère de la Défense nationale incluant Commandement Canada, ainsi que le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (SPC, 2006a : 25). Toujours en 2005, la mise sur pied du SNIU se

poursuit au sein du Secteur de la gestion des mesures d'urgence et de la sécurité nationale, avec pour mission de combler les lacunes mises à jour par les attentats terroristes commis à Londres et le passage de l'ouragan Katrina, aux États-Unis. Un correctif important correspond au dépôt de la Loi sur la gestion des urgences (C-78) le 17 novembre 2005, un projet destiné à remplacer et moderniser la Loi sur la protection civile (Ibid : 22).³² Il vise ainsi à « renforcer la capacité de l'État canadien à protéger les Canadiens » en chapeautant l'ensemble des institutions fédérales en matière de gestion des urgences, chacune étant autrement dit responsable d'établir un plan d'urgence sous la supervision de Sécurité publique Canada (Gouvernement du Canada, 2006 : 2, 5-6).

Les activités institutionnelles de SPC en réponse à la crise du SRAS, il convient de le rappeler, s'inscrivent donc dans un contexte vaste, ponctué de crises diverses : alors que le Secteur de la gestion des mesures d'urgence et de la sécurité nationale fête son 2^e anniversaire, le Rapport sur le rendement de SPC rappelle que « le Canada évolue dans un contexte de menace de plus en plus dangereux et complexe » (SPC, 2006a : 22). Ces activités revêtent un caractère général et, par le fait même, font écho aux discours des dirigeants du portefeuille. Tel que souligné précédemment, ces derniers abordent fréquemment l'idée d'un système « contre tous les risques », incluant *entre autres* la menace des maladies infectieuses.

Sans s'éloigner de ces discours, les activités institutionnelles prévues se précisent davantage avec ce que l'on pourrait appeler la troisième étape du processus de mise à l'agenda décisionnel des MIER, soit la préparation contre une pandémie de grippe aviaire. Le rôle de coordination de SPC est alors clairement affirmé, le soin étant laissé à Santé Canada de, non seulement élaborer le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (2006) – donc de prévoir un plan d'urgence incluant une stratégie de prévention et d'intervention dans les moindres détails – mais d'appliquer ce plan en gérant l'intervention *sanitaire*, le cas échéant. Se confirme ainsi la place certes importante des maladies infectieuses parmi les

³² Lors du passage à la 39^e législature (1^{re} session), le projet de loi C-78 devient le projet de loi C-12, *Loi concernant la gestion des urgences et modifiant et abrogeant certaines lois*. Le 22 novembre 2006, le projet est accepté par le Comité permanent de la sécurité publique et nationale et, le 11 décembre 2006, est adopté à la Chambre des communes. Il est actuellement examiné par le Sénat.

préoccupations de SPC, mais néanmoins très générale, au sens où le ministère coordonne toute forme de situation d'urgence survenant au Canada :

À l'échelle fédérale, l'intervention sanitaire en cas de pandémie relèvera principalement de la responsabilité de l'ASPC, qui est l'instance fédérale responsable [...], telles que définies dans le nouveau Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Toutefois, le SNIU coordonnera l'intervention fédérale plus générale. [...] Le COG sera dirigé par un coordonnateur fédéral des incidents, qui sera issu de SPPCC, mais il y aura aussi un coordonnateur fédéral adjoint des incidents, qui sera désigné par l'ASPC. (Santé Canada, 2006a : 2 (Annexe L).

Cette observation peut également être appuyée par l'impossibilité d'évaluer de façon significative les budgets alloués par le Solliciteur général ou SPC à la lutte contre les maladies infectieuses, les crédits prévus étant incorporés dans le vaste domaine des mesures d'urgences. Mentionnons également qu'il est difficile de tirer des conclusions de l'accroissement ou de la diminution des budgets de ce domaine, leurs fluctuations étant attribuables, selon la ministre McLellan, à des dépenses ponctuelles telles que l'achat de vaccins ou d'équipements de laboratoires, qui ne sont pas renouvelés chaque année et, qui plus est, peuvent aussi bien servir à la préparation et à l'intervention en cas d'incident terroriste CBRN (McLellan, 2003c).

2) La relation entre sécurité nationale et santé publique

Il a été établi en matière de mise à l'agenda politique que la relation entre santé publique et sécurité nationale, si elle apparaît essentiellement à la suite de la crise du SRAS, n'a en soi rien de très significatif, la protection de la santé n'apparaissant pas dans les discours comme une valeur en soi à protéger. La santé publique, en effet, plutôt que d'incarner une vision sanitaire de la sécurité, persiste dans son rôle de soutien envers SPC.

Concernant cette fois la mise à l'agenda décisionnel, une analyse plus nuancée peut être tirée de la relation entre santé publique et sécurité nationale du point de vue des activités institutionnelles du Solliciteur général et de SPC. Il semble en effet que ces institutions ont pour rôle d'appuyer activement les autorités de santé publique à titre de chef de file en

matière de gestion des urgences, ces autorités telles que Santé Canada et l'Agence de santé publique à qui reviennent principalement la mission d'assurer la protection de la santé.

Cet appui se dessine déjà dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, alors que la ministre de la Santé Diane Marleau rappelle sa résolution à « travailler dans le cadre d'un partenariat efficace dont la raison d'être est la réduction de l'abus de drogues au Canada » (Marleau, 1994). Ce partenariat inclut la participation active du portefeuille du Solliciteur général, une participation dont les termes sont clairement définis par Herbert Eser Gray, Solliciteur général : préoccupé par le bien-être, la santé et la sécurité des Canadiens, il soutient que son ministère et les organismes dont il a la responsabilité s'occupent de l'aspect coercitif de la lutte contre la drogue, tandis que Santé Canada traite des aspects relatifs à la santé. Ce soutien, fourni par des institutions d'application de la loi à la protection de la santé, ne fait toutefois pas l'unanimité, le Réseau juridique canadien VIH/sida soutenant que les aspects coercitif et sanitaire de la lutte contre la consommation de drogues injectables sont incompatibles, puisque le « statut juridique punitif aux utilisateurs de drogues sans égard au contexte, dissuade ces personnes de recourir au système de santé » Le ministre de la Santé Allan Rock est alors sommé de « traiter ce problème comme un grave problème de santé publique ». (Wasylycia-Leis, 1999). Ce partenariat antidrogue est néanmoins maintenu, comme il a été mentionné précédemment, avec la participation du Solliciteur général au « comité antidrogue *dirigé par Santé Canada* » et à l'élaboration, par le portefeuille de SPC, d'un « cadre de responsabilisation horizontal *sous la direction de Santé Canada* » (Solliciteur général, 2003 : 22 ; SPC, 2004 : 27). Bien que SPC s'attribue un rôle de leader suite à la crise du SRAS, orchestrant les activités institutionnelles liées à la protection de la santé d'une façon qui pourrait sembler lointaine ou détachée, son rôle de soutien à la protection de cette valeur demeure à travers les aspects de gestion des mesures d'urgence, car, tel que le reconnaît Santé Canada elle-même, « un événement comme une pandémie d'influenza exigera une intervention qui dépasse grandement le secteur de la santé. »

Voilà où entre en jeu SPC qui, comme en matière de lutte contre la drogue, met au service de la protection de la santé publique les « aspects coercitifs » dont il a la responsabilité, dans leur sens le plus large bien sûr : cela signifie par exemple offrir à l'ensemble des premiers

intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers) de la formation en matière de gestion des urgences ou organiser un soutien efficace de la part des agents de la GRC au travail des autorités de santé publique, en cas d'urgence sanitaire. Cela signifie donc jouer bien plus que le chef d'orchestre, sans toutefois s'appropriier tous les pouvoirs et contrôler toutes les ressources nécessaires pour intervenir, comme le voudrait par exemple la Loi sur les mesures d'urgence. Plutôt, alors que SPC laisse le soin aux autorités de santé publique d'assurer la sécurité sanitaire de la population, son rôle consiste en somme à faciliter son travail à partir des outils d'application de la loi qui sont traditionnellement les siens et à partir du leadership que lui confère la PSN.

Pour conclure sur la mise à l'agenda décisionnel des maladies infectieuses, au sein du Solliciteur général et SPC entre 1995 et 2006, il est possible d'affirmer que les activités institutionnelles associées à cette menace se révèlent plus éloquentes que les discours. En effet, tandis que les élites politiques de ces institutions se prononcent peu sur la question des maladies infectieuses, leurs organisations en revanche se révèlent très actives, la crise du SRAS demeurant un épisode clef dans l'adoption de nouveaux objectifs et de nouvelles mesures pour protéger le Canada et les Canadiens *contre tous les risques*. C'est d'ailleurs bien de cela qu'il s'agit, plutôt que de protection de la santé publique et de sécurité sanitaire. SPC œuvre en effet à la gestion des mesures d'urgences et agit comme chef de file au sein du gouvernement dans ce domaine. Ce qui ne l'empêche pas d'assurer son soutien, dans les domaines qui sont traditionnellement les siens, aux autorités de santé publique à qui revient essentiellement la responsabilité de veiller sur la santé et la qualité de vie des Canadiens – d'assurer en somme leur sécurité sanitaire – lorsqu'il est question de la propagation de maladies infectieuses.

3.2 Santé Canada : maladies infectieuses émergentes et réémergentes, santé publique et sécurité nationale

L'interprétation des MIER entre 1995 et 2006, traduite dans le discours des décideurs politiques de Santé Canada, est traitée dans cette deuxième section. Le processus de mise à l'agenda politique des maladies infectieuses y est donc plus particulièrement analysé en

fonction de l'importance accordée à cette menace dans les discours, ainsi qu'à la relation entre santé publique et sécurité nationale que ces mêmes discours mettent en lumière.

3.2.1 Mise à l'agenda politique : interprétation discursive des MIER

1) La place des maladies infectieuses dans le discours

Très vaste, la mission de Santé Canada – soit celle « d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé » - explique les responsabilités nombreuses et diversifiées qui lui incombent (SC, 1997 : 4). En ce qui a trait aux seules maladies infectieuses, le ministère se prononce ainsi, entre 1995 et 2006, sur une multitude de dangers qui s'y rapportent directement ou indirectement : les MI liées à l'environnement, l'innocuité des aliments et des médicaments et les MI à diffusion hématogène (qui se transmettent par le sang,), c'est-à-dire des maladies associées aussi bien à la contamination du sang destiné aux transfusions sanguines qu'à la consommation de drogues injectables (VIH/sida, hépatite C). Si tous ces dangers se rapportent en fait à la propagation des maladies infectieuses, une menace que le gouvernement doit être prêt à « combattre » – il est aussi explicitement question de « lutte contre les maladies infectieuses et les nouvelles infections » (Richardson, 1995) – ces différents dangers occupent toutefois une place variable à l'agenda politique, la perception des dirigeants de SC à l'égard du contexte national et international évoluant particulièrement entre 1995 et 2006.

En 1996-1997, la lutte contre les maladies infectieuses demeure principalement associée, dans les discours, à ce que l'on désigne familièrement comme le « scandale du sang contaminé » : en 1993, le gouvernement fédéral ordonne la tenue d'une Commission d'enquête qui, présidée par le juge Horace Krever, doit faire la lumière sur la contamination au VIH/sida de plus de 1 200 Canadiens ayant reçu des transfusions sanguines dans les années 1980 (Zénova, 2007). À la fin des années 1990 émerge ensuite un débat entourant la Stratégie canadienne antidrogue, à savoir si la propagation du VIH/sida liée à l'injection de drogues constitue un problème de santé publique ou de sécurité. Le ministre de la Santé Allan Rock réitère à l'occasion de ce débat la responsabilité première de Santé Canada envers la

Stratégie canadienne antidrogue, puisque selon lui « la meilleure solution à long terme consiste à prévenir la toxicomanie ». La Stratégie, bien qu'elle compte sur l'appui du Solliciteur général, cherche donc à vaincre avant toute chose le « problème de la toxicomanie de façon fondamentale *du point de vue de la santé* » (Rock, 2001e).

Outre ces dangers issus du contexte national, la seconde moitié de la décennie 1990 voit grandir les préoccupations envers des maladies infectieuses qui, en dépit du fait qu'elles se déclarent à l'étranger, n'en menacent pas moins le Canada étant donné le flot important de voyageurs, d'immigrants et de réfugiés qu'il accueille. Au début des années 2000, Allan Rock souligne en effet la nécessité de développer une stratégie nationale pour faire face aux conséquences potentiellement fâcheuses d'une l'éclosion de virus Ebola en Afrique. Cette stratégie est d'autant plus importante, selon le ministre, que « dans le monde où nous vivons, les voyages sont tellement fréquents et rapides que de telles situations ne manqueront pas de se reproduire dans l'avenir » (Rock, 2001f).

Cette référence à la fréquence croissante des voyages, au « rétrécissement » du monde favorisé par la rapidité des transports, conjuguée à l'observation selon laquelle les virus ne respectent aucune frontière, se multiplie au point de devenir, particulièrement suite à la crise du Syndrome respiratoire aigu sévère, une véritable litanie. Avec le SRAS, plus simplement, le contexte international influence fortement et principalement le discours des hauts fonctionnaires de Santé Canada. « Nous vivons à une époque où les gens se déplacent d'un continent à l'autre en quelques heures ou en quelques jours [...] souvent par avion et bateau où l'espace restreint est propice à la propagation de maladies extrêmement contagieuses », souligne la ministre d'État à la Santé, Carolyn Bennett (Bennett, 2004b). Elle rappelle également que « la planète n'a jamais été aussi petite » et que « les bactéries ne connaissent pas de frontières », une observation qui résulte en l'application du terme *pandémie*, soit la propagation au-delà des frontières internationale d'une infection, à des infections jusque-là qualifiée d'*épidémiques*, c'est-à-dire circonscrites dans un territoire donné (Bennett, 2004c). Ainsi est-il question de *pandémie* grippale, de pandémie de VIH/sida, de pandémie d'Ebola plutôt que d'*épidémie*, un changement discursif traduisant bien l'importance post-SRAS accordée à la dimension internationale des maladies infectieuses (Parlement du Canada,

2004b). Suivant cette logique, à la nécessité d'une stratégie nationale contre les MIER s'ajoute dans le discours la référence à une incontournable collaboration internationale afin de les combattre efficacement : « Il faut collaborer à l'échelle internationale parce que les virus ne connaissent pas de frontières. Ils ne se préoccupent pas du fait que le 49^e parallèle sépare les États-Unis et le Canada ou que l'eau sépare Taïwan de la Chine continentale » (Merrifield, 2003).

2) *La relation entre santé publique et sécurité nationale*

Alors que les références à la protection de la santé sont timides, du côté du Solliciteur général et de SPC, elles sont nombreuses au sein de Santé Canada. Sa vaste mission s'articule en effet autour de deux pôles, soit la promotion de la santé et la protection de la santé. Alors que le premier pôle cherche à agir sur les déterminants sociaux de la santé – c'est-à-dire à modifier les comportements à risque chez les individus – le second pôle protège la santé des Canadiens en assurant « la gestion des risques en matière de santé ». Cette expression désigne plus précisément la protection contre les risques *non intentionnels*, liés par exemple aux accidents industriels ou aux conséquences de la pollution (SC, 1997 : 12). Elle fait son apparition suite à la Commission Krever sur les attentes des Canadiens : « Inquiets devant l'apparition de menaces nouvelles ou résurgentes – d'autant plus préoccupantes que les voyages internationaux se sont multipliés et, avec eux, les risques de contamination –, la population canadienne veut que le gouvernement prenne toutes les mesures pour limiter les risques pour la santé » (SC, 1998 : 3).

La protection de la santé des Canadiens, c'est-à-dire leur sécurité sanitaire qui, plutôt que de concerner uniquement leur survie, veille également à leur qualité de vie, constitue sans conteste une valeur clé mise de l'avant par Santé Canada. Cette valeur est d'autant plus présente que ses dirigeants ressentent et affirment le besoin de « s'adapter à un monde qui change rapidement » (SC, 1999 : 14). Ainsi Santé Canada affirme-t-il avoir la responsabilité d'y « apporter un sentiment de sécurité aux Canadiens et aux Canadiennes » selon une dimension de la sécurité qui est, selon la ministre Diane Marleau, souvent oubliée, la sécurité à laquelle on pense habituellement concernant la sécurité « dans nos rues » : « C'est vers

Santé Canada que les Canadiens et les Canadiennes se tournent pour être rassurés face à une catastrophe naturelle ou sociale, à une maladie chronique comme le cancer ou la tuberculose, ou à une maladie contagieuse comme le VIH/sida ou le virus Ebola » (Marleau, 1995c).

S'adapter à un monde qui change rapidement, toutefois, signifie surtout dans la seconde moitié des années 1990, protéger la population contre des maladies infectieuses ou des dangers environnementaux qui (à l'exception du virus Ebola) sont compris selon une perspective essentiellement nationale ou encore épidémique, au sens où ils représentent un problème localisé. En ce qui concerne le VIH/sida, on remarque qu'un langage très « sécuritaire » est adopté, alors qu'il est question du « capital humain détruit » par la maladie et l'importance de considérer la question « quand » elle touchera les travailleurs, plutôt que « si » elle le fera (Fry, 1996). L'arrivée du SRAS change cette perspective limitée à la logique des frontières. Au tout début de la crise, le secrétaire parlementaire de la ministre de la Santé avait tenu les propos suivants : « Au Canada, on sait que ce n'est pas une menace comme telle, parce que c'est un virus qui, selon l'information qu'on a aujourd'hui, viendrait de Hong Kong. Il y aurait quelques cas qui nous arrivent de là » (Castonguay, 2003a). Or, il se trouve que le Canada découvre rapidement sa « vulnérabilité devant les forces globales de la nature » (McLellan, 2003d). Dès lors la notion d'adaptation, afin d'assurer la protection des Canadiens, acquiert une connotation internationale, d'où précisément l'apparition soudaine du terme *pandémie* tel que souligné précédemment, qui s'ajoute au langage très « sécuritaire » également déjà mentionné : « Assurer la santé et la sécurité des Canadiens est une priorité de notre gouvernement. Depuis la flambée du SRAS, il y a un mois, toutes nos décisions ont visé à protéger la santé et le bien-être des Canadiens. Les maladies infectieuses comme le SRAS ne connaissent aucune frontière » (Ibid).

Bien que la ministre de la Santé Anne McLellan reconnaisse que la mondialisation et les changements climatiques font en sorte que des maladies comme le SRAS, la grippe ou le virus du Nil peuvent affecter le Canada à tout moment et ont stimulé la réflexion pour « un nouveau filet de sécurité pour les Canadiens », une certaine nuance dans les discours doit cependant être soulignée (McLellan, 2003be). La ministre soutient que la lutte contre les maladies infectieuses ne doit pas faire perdre de vue les efforts nécessaires pour vaincre les

maladies chroniques, comme le cancer ou les troubles cardiaques (McLellan, 2003e). En mettant en garde le pays contre une attitude « phobique », la ministre d'État à la Santé publique Carolyn Bennett tient un discours semblable: « Il pourrait y avoir plus de gens, plus de Canadiens qui mourraient en raison des listes d'attente, c'est-à-dire les personnes dont le nom est sur une liste d'attente mais qui ne peuvent recevoir les services, qu'il y en a qui mourraient des suite d'une infection au virus du SRAS » (Bennett, 2004b). Elle souligne ainsi l'importance, pour le Canada, de protéger ses valeurs, étroitement associées au maintien d'un *régime de soin de santé universel*. Ainsi, comme on l'affirmait près de dix ans auparavant, « la santé est étroitement liée à notre identité », l'assurance-maladie incarnant nos valeurs collectives fondamentales (Vancilief, 1996).

Il apparaît ainsi que la protection sur laquelle met l'accent Santé Canada va donc au-delà des situations exceptionnelles d'urgence, puisqu'il cherche à assurer un bien-être général, porteur de productivité, de compétitivité et de prospérité pour le Canada (Ibid). S'il est clair, selon la ministre McLellan, que des événements imprévisibles *comme le 11 septembre* attirent « de temps à autre » l'attention sur « l'importance fondamentale des services et des programmes que nous assurons », il est clair que Santé Canada demeure plus largement « le gardien des principes du système canadien de santé » et qu'il ne doit surtout ne pas les perdre de vue (McLellan, 2002 ; SC, 2002c : 12-13).

La mise à l'agenda politique des MIER, à Santé Canada, se caractérise donc par la place importante accordée aux MI dans les discours, place évoluant en fonction des différentes perceptions des dirigeants de l'organisation. En effet, alors qu'entre 1995 et 2003 cette perception est étroitement associée à des dangers dits « nationaux » (sang contaminé, MI et drogues injectables), la crise du SRAS la modifie de façon significative. L'utilisation du terme pandémie (plutôt qu'épidémie), résume effectivement très bien l'impact du Syndrome respiratoire aigu sévère : cet impact réside dans une perception des MI désormais beaucoup plus internationale, au sens où l'on souligne abondamment que les virus ne respectent aucune frontière et que le flot croissant de voyageurs à travers le globe augmente sans cesse les risques et la vitesse de la propagation des maladies contagieuses.

Cette évolution de la perception des MI, chez les dirigeants de Santé Canada, se reflète également dans la relation entre santé publique et sécurité nationale. En effet, alors que la sécurité sanitaire fait explicitement partie des objectifs de l'organisation, plus particulièrement des suites du Rapport Krever qui invite le gouvernement à procurer aux Canadiens un sentiment de sécurité contre les menaces non intentionnelles qui pèsent sur leur santé, le SRAS entraîne l'attribution d'une vocation désormais plus internationale à la protection de la santé. La recherche d'un sentiment de sécurité, autrement dit, passe en matière de santé publique par une prise de conscience de la complexité du monde et de la porosité des frontières aux maladies infectieuses.

De ces observations sur le processus de mise à l'agenda politique des MI au sein de Santé Canada, deux éléments doivent ici être soulignés. D'une part, on note le langage très « sécuritaire » qui accompagne la lutte contre les maladies infectieuses et ce, entre 1995 et 2006, donc sans égard aux événements marquant du 11 septembre 2001 ou de 2003 : comme chez les organismes traditionnels de renseignement et d'application de la loi (Solliciteur général, SPC), il est question de « lutte », de « combat » contre les maladies infectieuses, de la nécessité, également, d'accompagner cette menace d'une interrogation souvent associée au terrorisme, à savoir « quant » et non pas « si » elle frappera. D'autre part, un second élément à souligner correspond à la perception selon laquelle la sécurité sanitaire, associée dans les discours à des événements ponctuels imprévisibles, ne doit pas faire oublier la mission *fondamentale* de Santé Canada, qui est le maintien ou *la protection d'un bien-être et d'une qualité de vie en tout temps*, à travers le régime de soins de santé du gouvernement canadien.

3.2.2 Mise à l'agenda décisionnel : activités institutionnelles concernant les MIER

Alors que la précédente section a établi l'interprétation discursive de la menace des MIER au sein de Santé Canada ou, autrement dit, le processus de mise à l'agenda politique des maladies infectieuses, il importe à présent de mettre en lumière le reste du processus par lequel, au sein de cette institution, la santé publique peut être apparentée à un enjeu de sécurité nationale. Les nombreux discours qui portent sur les maladies infectieuses indiquent en effet jusqu'à présent une modification dans l'interprétation de la menace, survenue après

le 11 septembre 2001 et le SRAS. C'est sur cette base que la section suivante examine le processus de mise à l'agenda décisionnel, les institutions héritant théoriquement du discours politique des règles dites appropriées pour l'action.

1) La place des maladies infectieuses dans les activités institutionnelles

Alors que les discours des hauts fonctionnaires de Santé Canada illustrent clairement son « combat » ou sa « lutte » contre les maladies infectieuses, évoluant en fonction de leur interprétation des contextes national et international, les activités institutionnelles menées au cours de la même période (1995-2006) correspondent bien à cette mise à l'agenda politique. Elles peuvent, autrement dit, être associées à l'application des règles établies par le discours, tout en apportant quelques précisions ou nuances au processus de sécurisation des MI.

Notamment, en 1996 et 1997, Santé Canada s'occupe de « l'appui des activités de secours en cas de catastrophe ou de situation d'urgence » et consacre 11,4% de son budget total à la protection de la santé, contre 15,1% à la promotion de la santé (SC, 1997 : 3-5). Cette proportion s'inverse en 1997 et 1998, un changement qui – en dépit des restrictions budgétaires alors vécues – coïncide avec une attitude plus proactive en matière de catastrophe et de situation d'urgence, correspondant ainsi aux discours entourant le Rapport Krever. Un « renouvellement de la Direction générale de la protection de la santé » est alors mis en branle, « dans l'espoir de trouver des façons nouvelles et améliorées de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes » (SC, 1998 : 3). 10,8% du budget total sont alors octroyés à la protection de la Santé, alors que 8,9% sont alloués à la promotion de la santé (Ibid). Bien que ces données soient peu représentatives, puisqu'en 1997-1998 le remaniement administratif de la Direction générale de la protection de la santé comprend le transfert de certaines activités du secteur de la promotion de la santé à celui de la protection, pour former le nouveau secteur de Gestion des risques en matière de santé, elles donnent malgré tout une idée générale des changements effectués par Santé Canada. Ces changements concernent en effet une amélioration de la prévention et de la réaction aux catastrophes nationales : création du Secrétariat canadien du sang et du Système national de surveillance des facteurs de risque, par exemple sur le VIH/sida, exercice de mise à l'épreuve du Plan d'intervention fédéral en

cas d'urgence nucléaire, tenue de séances de formation et de séminaires pour les planificateurs des services d'urgence et les intervenants en milieu hospitalier, production de lignes directrices concernant les services d'alimentation et d'hébergement d'urgence (SC, 1998 : 17 ; 1999 : 57 ; 2000 : 55).

Toujours en accord avec la mise à l'agenda politique, les discours d'interprétation de la menace, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, mentionnent l'importance du contexte international dans la lutte contre les MI et ce, en raison de l'épidémie d'Ebola qui sévit en Afrique. C'est uniquement en 2003, après le SRAS, qu'un réel changement dans les activités institutionnelles de Santé Canada en réaction à ce contexte est observable. Si le Rapport Krever et la création du secteur de la Gestion des risques en matière de santé ont stimulé les activités de Santé Canada, ne se contentant plus de soutenir les services d'urgence en cas de catastrophe en étant plus proactif, le Syndrome respiratoire aigu sévère provoque pour sa part la mise en place d'outils qui se veulent précisément adaptés à la complexité du « nouveau » contexte international. Il génère en effet des activités dont le mot d'ordre serait la souplesse, au sens où elles naviguent entre les frontières nationales et internationales et ce, dans le cadre de tout type d'urgences ayant des implications sanitaires.

Par exemple, bien que le SRAS ait été inscrit en 2003 à l'annexe des maladies épidémiques de la Loi sur la quarantaine, celle-ci date de 1872 et « afin de prévenir l'arrivée et la propagation des maladies infectieuses » au Canada, elle est modernisée et remplacée par une nouvelle loi. Entrée en vigueur le 12 décembre 2006, elle prévoit de nouveaux pouvoirs pour le ministre de la Santé, dont la mise sur pied d'installations de quarantaine n'importe où au Canada, la prise de possession temporaire de locaux pour en faire des lieux de détention des voyageurs ou citoyens possiblement infectés et le détournement d'avions ou de navires vers d'autres aéroports ou ports. Ces pouvoirs, dont l'exercice doit demeurer « occasionnel », visent à assurer la protection des Canadiens contre des menaces encore inconnues et imprévisibles à leur santé (Bennett, 2004d ; SC, 2006b). Adoptée le 11 décembre 2006, la Loi concernant la gestion des urgences correspond également à une modernisation de Loi sur la Protection civile datant de 1988, inspirée par les attentats terroristes commis à Londres et l'ouragan Katrina : elle offre un cadre pan gouvernemental de gestion des situations

d'urgences coordonné par SPC et vise une action concertée, non seulement des gouvernements fédéral et provinciaux, mais aussi des organismes non gouvernementaux et du secteur privé (SPC, 2005d ; Chambre des Communes, 2006).

Outre ces changements législatifs, Santé Canada s'est également doté de son propre Centre des opérations d'urgence, un poste de commandement en cas d'urgence ou de catastrophe sanitaire. Les événements du 11 septembre et la crise du SRAS sont à l'origine de ce Centre, qui doit notamment permettre d'améliorer la coordination entre Santé Canada et ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux (McLellan, 2003b). Un plan intégré du lutte contre la pandémie de grippe explique de façon détaillée le fonctionnement de cette relation partenariale, dans laquelle l'Agence des services frontaliers, l'Agence canadienne d'inspection des aliments et les services de santé publique des provinces graviteraient, par exemple, autour du Centre des opérations de Santé Canada, afin de gérer les *aspects sanitaires* d'une éclosion du virus au Canada (Clement, 2006).³³

L'outil incarnant le changement le plus marquant demeure toutefois la création, à même les fonds de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada. Résultat de la principale recommandation du comité consultatif national sur le SRAS, présidé par le Dr. David Naylor, elle a pour objectif premier de « canaliser les efforts du gouvernement fédéral pour faire face aux situations d'urgence en matière de santé publique » (Bennett, 2004c). Ce faisant, elle est responsable non seulement de renforcer les relations fédérales, provinciales et territoriales, mais surtout d'assurer la représentation du Canada à l'OMS et auprès des *Centres for Diseases Control* des États-Unis. En matière d'urgence, le Centre d'intervention des mesures d'urgence de l'Agence administre en outre la Réserve nationale de secours, qui compte à des endroits stratégiques du Canada plus de 300 millions de dollars de matériel médical, déployable en 24 heures partout au pays et à l'étranger (SC, 2005). L'ASPC a initié et

³³ Il faut rappeler que l'intervention d'urgence, de façon plus générale et tel que mentionné dans la précédente section, relève de Sécurité publique Canada. Les aspects sanitaires traités par le Plan de Santé Canada visent essentiellement à réduire le plus possible la morbidité associée à la maladie et les désordres sociaux (absentéisme, engorgement des urgences) qu'elle risque d'engendrer. Précisons également que la planification en cas de pandémie de grippe a débuté au Canada en 1983 et que le premier plan a été publié en 1988. Il a constamment été mise à jour depuis, sa version actuelle mettant plus particulièrement l'accent sur les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, dont relève la prestation des soins de santé (SC, 2006 : 1-547-548).

administre également la version améliorée du Réseau mondial d'information sur la santé publique, en plus d'avoir mis sur pied l'Initiative de protection de la santé mondiale, un projet multilatéral visant à améliorer l'accessibilité aux vaccins et la communication entre les pays en matière de santé publique (Dosanjh, 2004). Autre activité intéressante, le Centre international des maladies infectieuses de Nairobi, au Kenya, a été bâti grâce à l'expertise de l'Agence et du Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (SC, 2007).

Si les activités institutionnelles de Santé Canada se sont multipliées et même prolongées, à travers l'ASPC, sous l'impulsion du 11 septembre 2001 et de la crise du Syndrome respiratoire aigu sévère, il importe toutefois de souligner que cette effervescence n'est pas accompagnée d'investissements majeurs, ni de la part de Santé Canada (qui transfère 400 millions de son propre budget pour former le noyau de l'Agence), ni de celle de l'ASPC (Goodale, 2004). En effet, bien que dans le contexte de la création de l'Agence le gouvernement souligne la nécessité d'investir à nouveau dans la santé publique – largement négligée dans les années 1990 – l'ASPC consacre à ses objectifs dits de « sécurité nationale » (les mesures d'urgence), ainsi qu'au contrôle et à la prévention des MI 212,4 millions en 2004-2005, puis 129 millions en 2005-2006 (ASPC, 2005c : 31-52; 2006c : 22-34 ; Proctor, 2004). Une telle diminution des investissements peut paraître étrange compte tenu de la déclaration du ministre des Finances, Ralph Goodale, promettant en 2004 davantage de fonds « une fois que l'agence et l'agent de la santé publique en chef auront élaboré un plan stratégique à long terme ».

2) La relation entre santé publique et sécurité nationale

La relation entre santé publique et sécurité nationale est définie par le concept de sécurité sanitaire, associé à la protection de la santé des citoyens, plutôt que uniquement la préservation de leur survie, comme valeur centrale. Au sein de Santé Canada, plus particulièrement dans le discours de ses élites, la sécurité sanitaire occupe sans surprise une place centrale. Étroitement liée à la mission de Santé Canada, y est associée sa « lutte » ou son « combat » contre les maladies infectieuses qui déborde le seul langage pour son concrétiser en une multitude d'activités, plus particulièrement suite aux recommandations du

Rapport Krever. Ces activités, si elles sont sensiblement de même nature depuis la création du ministère de la Santé - en 1918, afin de faire face à l'épidémie de grippe espagnole - elles se caractérisent alors par leur accroissement et leur concentration en un même secteur voué à la protection de la santé, soit celui de la Gestion des risques (Clement, 2006):

D'abord, Santé Canada fournit une aide proactive pour s'assurer que le degré de préparation aux urgences est maximal à l'échelle provinciale et locale. [...] Ensuite, Santé Canada peut fournir un soutien additionnel, si on le lui demande, afin d'aider les provinces et les municipalités ou localités à gérer les situations plus difficiles. (Castonguay, 2003b)

La création du secteur de la Gestion des risques, responsable de ce double rôle pour lequel les efforts se sont accrus suite au scandale du sang contaminé, vise les catastrophes qui surviennent « en temps de paix », ce qui signifie que la protection de la santé concernerait en fait les incidents sanitaires non intentionnels (Richardson, 1995 ; SC, 2000 : 25). Les événements du 11 septembre 2001, ainsi que du SRAS, contribuent toutefois très clairement à élargir cette définition. Ils marquent le point culminant d'une tendance observée dans les discours à la fin de années 1990, l'apogée de la « complexité du monde actuel » sans cesse mise de l'avant dans les discours et qui se reflète dans les activités institutionnelles de Santé Canada, caractérisées par une approche « tous risques » à la fois pancanadienne et internationale. Une stratégie de « lutte contre les maladies infectieuses et tout autre danger menaçant la santé des Canadiens », qui vise à « maintenir un système efficace de gestion des catastrophes et des interventions d'urgence », est alors mise sur pied. Elle englobe plus précisément « l'intervention médicale d'urgence en cas de catastrophes naturelles, d'explosions ou d'incidents chimiques, biologiques ou radiologiques et nucléaires importants. » (McLellan, 2003be ; Clement, 2006 ; Castonguay, 2003b).

Plus simplement, à l'image de SPC qui met de l'avant une stratégie intégrée de la sécurité publique nationale, Santé Canada adopte une approche intégrée de la santé publique. Cette stratégie vise à assurer la sécurité sanitaire contre les maladies infectieuses sans, et ce pour la première fois, prendre en considération leur origine (nationale/internationale ? criminelle/accidentelle ?) Des exemples nombreux de cette stratégie ont déjà été présentés, (dont par exemple la Loi concernant la gestion des urgences), mais le plus important d'entre

eux, celui qui illustre le mieux cette approche, réside dans l'Agence de Santé publique du Canada. L'ASPC représente en effet le fer de lance de cette « stratégie intégrée », ayant largement hérité de la mission de protéger la santé des Canadiens contre les menaces intentionnelles, non intentionnelles, au Canada en collaboration avec les partenaires nationaux et à l'étranger, avec des partenaires de tous acabits, tel que les États-Unis, l'OMS, le G8, Taïwan, etc. (Bennett, 2004c) Voilà sans doute pourquoi, alors que l'ASPC porte en somme le flambeau de la sécurité sanitaire en cas d'urgence, Santé Canada se charge de son côté du maintien de la protection de la santé dans un cadre plus général, associé au régime de soins de santé canadien.

Pour conclure sur le processus de mise à l'agenda des MIER au sein de Santé Canada, entre 1995 et 2006, il convient de souligner tout d'abord la cohérence qui existe entre les discours de ses élites portant sur les maladies infectieuses et les activités institutionnelles qui y sont associées. En effet, quoique l'examen des budgets pour la période concernée se révèle peu significatif, il laisse entrevoir certaines tendances qui, conjuguées aux activités de l'institution, montrent bien la nature des changements provoqués par le 11 septembre et le SRAS au sein de Santé Canada. Alors que pourtant, à la fin des années 1990, l'importance du contexte international se fait de plus en plus sentir dans les discours comme les activités de Santé Canada, ce sont véritablement ces deux événements – l'un de nature terroriste/criminelle et l'autre naturel – qui ont mis en exergue la complexité de ce « nouveau » monde, recelant des dangers contre lesquels les Canadiens doivent être protégés. La réaction la plus importante à cette perception réside certainement dans la création de l'ASPC, responsable d'une gestion trans-frontalière, autant des frontières nationales qu'internationales, de tous les types de risques pour la santé des Canadiens. La mission de protection de la santé, qui incombe à l'Agence et à son Centre d'intervention des mesures d'urgence, se traduit plus particulièrement par une stratégie intégrée de santé publique. Bien qu'elle concerne les MI, elle s'applique également à celles dont la propagation est aussi bien naturelle qu'*intentionnelle*.

3.3 Conclusion

Le chapitre II, sur le terrorisme CBRN, a sérieusement mis en doute le fait que la santé publique constitue un enjeu de sécurité nationale, tel que le présente la PSN. L'examen des processus de mise à l'agenda politique et décisionnel au sein du Solliciteur général du Canada et de Santé Canada a montré que la protection de la santé ne se distingue pas de la vision traditionnelle de la sécurité en terme de survie. En outre, la protection de la santé, lorsqu'elle est mentionnée dans le cadre des discours et activités du Solliciteur général et de SPC, fait référence à sa préoccupation post-11 septembre pour les menaces aussi bien intentionnelles que non intentionnelles. Or, c'est uniquement en lien aux menaces non intentionnelles – c'est-à-dire aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes – que la protection de la santé est mentionnée comme une valeur en soi à protéger, plutôt qu'un simple instrument de soutien aux institutions traditionnelles de sécurité qui combattent une activité criminelle dont l'aspect sanitaire apparaît secondaire. Le chapitre II conclut ainsi sur une invitation : si la santé publique ne constitue pas un véritable enjeu de sécurité nationale en ce qui a trait à la menace du terrorisme CBRN, il convient d'examiner si c'est aussi le cas lorsqu'il est question de la propagation des maladies infectieuses.

Le chapitre III a répondu s'est donc penché plus largement sur la question centrale du mémoire : comment la santé publique est-elle devenue un enjeu de sécurité nationale au Canada, cette fois, non pas face à la menace du terrorisme CBRN, mais bien face à celle des maladies infectieuses, également soulignée dans la PSN. Alors que jusqu'ici le chapitre III a examiné cette menace de façon compartimentée, d'abord au sein du Solliciteur général et de SPC, puis de Santé Canada, il convient maintenant de produire une analyse plus synthétique. Offerte sous forme de tableau, elle révèle la complexité et les multiples angles du processus de sécurisation de MIER, et permet de tirer de la somme considérable d'informations fournies dans ce chapitre des éléments significatifs.

L'un de ces éléments concerne l'approche théorique utilisée et son application. D'une part, celle-ci révèle un élément intéressant déjà souligné au chapitre II : les activités institutionnelles ne correspondent pas forcément au discours, alors que l'approche théorique

utilisée pour conduire l'analyse présuppose que ces activités devraient pourtant s'avérer le reflet de la perception des élites gouvernantes. En effet, le tableau 3.1 montre en un endroit particulier que l'agenda décisionnel n'hérite pas nécessairement de « règles » guidant l'action des institutions politiques de la part de l'agenda politique. Alors que le discours sur les MIER tenu par les dirigeants de SPC fait de la protection de la santé une valeur à protéger parmi tant d'autres depuis septembre 2001 et le SRAS, les activités de l'institution montrent que SPC apporte *son soutien à la vision intégrée de la santé publique* et donc indirectement à la sécurité sanitaire. D'autre part, le tableau 3.1 montre à la fois la continuité et la cohérence du processus de sécurisation de la santé publique à l'intérieur même de Santé Canada. Les maladies infectieuses et la protection de la santé y sont toujours fortement présentes, autant à l'agenda politique que décisionnel, et les perceptions de cette menace ainsi que les activités institutionnelles connaissent une évolution qui, quoique très importante suite aux événements de 2001 et de la crise du SRAS, demeure logique dans le temps. Plus simplement, cette fois, les agendas politiques et décisionnels se révèlent en parfait accord.

Ces remarques sur l'approche théorique faites, il est alors effectivement possible de soupçonner que la sécurité sanitaire soit essentiellement associée à Santé Canada et à l'Agence de santé publique. Une telle conclusion serait toutefois trop hâtive, considérant deux éléments de réflexion qui devront alimenter la conclusion finale de ce mémoire.

En premier lieu, l'approche intégrée de la santé publique s'est construite en parallèle à celle de la sécurité publique/nationale, orchestrée par Sécurité publique Canada. La stratégie intégrée de santé publique n'a pas été, autrement dit, incorporée au champ de la sécurité nationale. Elle s'en démarque donc par certains aspects, qui ouvrent la voie à deux pistes intéressantes. Tout d'abord, l'ASPC cherche à combattre l'impact psychologique de la propagation des maladies infectieuses, un objectif fondé sur l'expérience du SRAS : selon la ministre de la Santé Anne McLellan, il faut mieux comprendre la « psychose collective » qui accompagne les MI, afin d'en réduire le plus possible les conséquences sociales et économiques, une approche compatible avec la sécurité sanitaire. Or, éviter cette psychose signifie assurer la diffusion d'« une information claire et complète au public », une méthode qui n'est pas toujours réputée compatible lorsqu'il est question d'actes terroristes/criminels

(McLellan, 2003f). N'y aurait-il pas conflit, entre l'approche intégrée de la sécurité publique et celle de la santé publique, dans le cas où la propagation d'une MI serait attribuée à l'action d'un ou plusieurs individus malveillants ? Qu'est-ce que ces approches potentiellement conflictuelles enseignent sur la sécurisation de la santé publique ?

En deuxième lieu, alors que le ministre de la Sécurité publique tient les rênes de son organisation et se trouve donc à la tête de la vision intégrée de la sécurité publique, l'administrateur en chef de la santé publique, qui dirige l'ASPC, possède pour sa part des pouvoirs plus limités. Alors que la direction de la stratégie intégrée de santé publique a été confiée à un médecin, afin de mettre précisément ses qualités de professionnel de la santé au service de la protection de la santé des Canadiens, celui-ci ne dispose pas des pouvoirs nécessaires pour exercer son autorité auprès des provinces – en les obligeant par exemple à déclarer obligatoirement l'éclosion de MI sur leur territoire – ou encore d'appliquer les dispositions de la nouvelle Loi sur la quarantaine, tel que de détourner par exemple des aéronefs ou exiger la détention d'individus qui représentent un danger pour la santé publique (Fletcher, 2006 ; Proctor, 2006). S'agirait-il d'un indice suggérant que la vision intégrée de la santé publique, lorsqu'il est question d'urgences sanitaires liées aux MI, souffre d'incohérence entre ce qui est dit (mise à l'agenda politique) et ce qui est réellement fait (mise à l'agenda décisionnel) ? Ce manque de cohérence incite à réfléchir quand au poids relatif d'une vision intégrée de la santé publique (et de la sécurité sanitaire) et d'une vision intégrée de la sécurité nationale.

Tableau 3.1
La menace des MIER : Le processus de sécurisation de la santé publique
au Canada (1995-2006)

	Solliciteur général – SPC	Santé Canada
INTERPRÉTATION DISCURSIVE DE LA MENACE TERRORISTE CBRN		
1995-2003		
Importance des MIER	Non	Oui
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Non	Oui Protection d'un bien-être général
2003-2006		
Importance des MIER	Oui Mais parmi un éventail de menaces	Oui Perspective élargie
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Oui On assiste à une inquiétude généralisée	Oui Protection d'un bien-être plus général
ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES EN LIEN AU TERRORISME CBRN		
1995-2003		
Importance des MIER	Oui	Oui
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Non	Oui La protection de la santé revient à l'ASPC
2003-2006		
Importance des MIER	Oui Mais dans le cadre d'une approche tous risques	Oui - Accrue Nouveaux mécanismes avec l'ASPC
Le lien entre santé publique et sécurité nationale	Oui Mais rôle de coordonnateur et de soutien aux autorités de santé publique	Oui Vision intégrée de la santé publique

CONCLUSION

Inspiré par la cascade de crises qui se sont succédées et parfois même chevauchées ces dernières années – des attentats de septembre 2001 en passant par la crise du SRAS et l'ouragan Katrina, sans parler de la panne majeure d'électricité en août 2003 et du spectre de la grippe aviaire – ce mémoire s'est attardé à la réponse officielle qu'elle a suscitée de la part du gouvernement canadien, soit la publication d'une toute première Politique de sécurité nationale. Plus précisément, il a tenté de répondre à une question portant sur l'un des enjeux stratégiques clefs de cette Politique, question jusqu'ici passée sous silence :

Comment la santé publique est-elle devenue, au Canada, un enjeu de sécurité nationale? Par quels processus? En fonction de quelles menaces?

Poser cette question conduit à constater, non seulement que la PSN de 2004 ne fournit que très peu d'information à ce sujet, mais également que le lien entre sécurité nationale et santé publique est faiblement exploré dans la documentation existante. On constate également que le Canada fait l'objet d'un nombre extrêmement limité d'analyses qui concernent ce lien de près ou de loin, la plupart appartenant au domaine de l'épidémiologie ou de la biologie. Autre élément d'importance, aucun outil théorique ne s'est révélé satisfaisant pour conduire une analyse du processus de sécurisation de la santé publique au Canada. Par conséquent, l'objectif de ce mémoire est double: 1) élaborer une approche théorique pertinente à l'analyse de la santé publique comme enjeu de sécurité nationale et 2) appliquer cet outil au cas du Canada, afin de mettre en lumière le processus par lequel la santé publique, confrontée aux menaces du terrorisme CBRN, ainsi que des MIER selon la PSN, entre dans le champ de la sécurité nationale.

Le chapitre I a rencontré le premier objectif du mémoire, puisqu'il correspond au développement d'une approche théorique qui, avec pour point de départ la théorie de la sécurisation de Ole Wæver, s'inspire de différents auteurs des Études de sécurité et de l'Analyse des politiques publiques. Selon cette approche, le processus de sécurisation s'articule en fonction d'un enjeu focal qui, inscrit dans le champ de la sécurité nationale, voit converger vers lui des dangers matériels. L'enjeu focal qui retient ici l'attention, la santé publique, peut être formellement identifié à travers l'existence de la *sécurité sanitaire* : par contraste avec la *sécurité* en terme de protection de la vie, la *sécurité sanitaire* exprime l'association entre la préservation de la santé et la qualité de vie et une valeur qui doit être protégée. Cette protection, assurée autant dans les discours que les actions du gouvernement, doit confirmer l'entrée de la santé publique dans le champ de la sécurité nationale, à titre d'enjeu focal vers lequel convergent les dangers du terrorisme CBRN et des MIER.

Plus précisément, le processus de sécurisation se définit par la mise à l'agenda politique, qui correspond à l'attention portée par les élites gouvernantes d'une institution envers la santé publique, ainsi que la ou les menaces qui pèsent sur lui. La définition de ce processus serait incomplète sans un examen de la mise à l'agenda décisionnel : en fonction de l'interprétation discursive de la menace, quelles sont les règles de comportement dont héritent les institutions ou, autrement dit, qu'est-ce qui est accompli de façon concrète sur la base du discours? Sur cette base, les agendas politiques et décisionnels du Solliciteur général du Canada et de Santé Canada ont été explorés en parallèle, d'abord face à la menace du terrorisme CBRN (chapitre II), puis face à la menace des MIER (chapitre III). L'exploration de ces agendas a été entreprise symétriquement : pour chacun, deux indicateurs – l'importance de la menace en question et la relation entre santé publique et sécurité nationale – ont permis de mettre à jour, de façon systématique, le processus par lequel la santé publique est entré ou entre dans le champ de la sécurité nationale au Canada.

En fait, il serait sans doute plus juste de mentionner que la santé publique n'est qu'à demi entrée dans le champ de la sécurité nationale. L'hypothèse de départ – qui concerne le second objectif du mémoire, à savoir l'application de l'approche théorique développée – se confirme effectivement : le processus d'articulation de la santé publique

comme enjeu de sécurité nationale au Canada, face à la menace du terrorisme CBRN et des MIER, se révèle compartimenté et incohérent en plusieurs points.

En ce qui concerne la menace du terrorisme CBRN, il a été montré que, entre 1995 et 2001, du point de vue du Solliciteur général du Canada, la prolifération internationale des ADM remporte la palme des préoccupations. Lentement la question du terrorisme CBRN s'insère dans les discours, pour être finalement ressentie comme une menace imminente à la fois interne et externe au territoire canadien dans le discours post-2001. Quant à la relation entre santé publique et sécurité nationale, elle témoigne moins d'un engouement post-2001 envers la sécurité sanitaire que du rôle de soutien dévolu aux autorités de santé publique, alors que persiste une vision de la sécurité en terme de survie, celle des citoyens et de l'État. La protection de la santé, néanmoins, bénéficie d'une attention croissante de la part des dirigeants de SPC, alors que leur interprétation des menaces embrasse désormais d'un même coup d'œil celles dites intentionnelles (terrorisme CBRN) et celles dites naturelles (maladies infectieuses). Lorsqu'il est question d'agenda décisionnel, les conclusions sont ensuite surprenantes : contrairement à ce que laissent croire les discours d'interprétation de la menace entre 1995 et 2001, le terrorisme CBRN fait l'objet d'activités institutionnelles nombreuses et ce, malgré le manque de crédits budgétaires alloués à la lutte contre cette menace, crédits qui ne seront véritablement présents qu'après les événements du 11 septembre. Le rôle secondaire attribué à la santé publique précède aussi les événements de 2001 et, surtout, les activités institutionnelles en cours depuis 2001 donnent à penser que ce rôle est là pour demeurer, au détriment des aspects sanitaires de la sécurité.

Quant à Santé Canada, l'absence du terrorisme CBRN dans l'interprétation de la menace par ses dirigeants a été démontrée entre 1995 et 2001, date à partir de laquelle il hante désormais leurs discours. En matière de protection de la santé, bien qu'elle soit toujours présente comme valeur intrinsèque au sein de Santé Canada, elle concerne d'abord les menaces non intentionnelles, puis intentionnelles et donc criminelles suite au 11 septembre 2001. Ce passage se caractérise par l'adoption du terme « sécurité de la santé », plutôt qu'il soit question de sécurité *et* de santé. Santé Canada, contrairement à SPC, ne perçoit donc pas le rôle de la santé publique comme secondaire. Toutefois, la relation entre santé publique et

sécurité nationale contraste visiblement entre le discours et les activités institutionnelles de Santé Canada. Alors que la « sécurité de la santé » laisse en effet croire en l'importance acquise par la sécurité sanitaire, les activités institutionnelles de l'ASPC jettent un doute important quant à la justesse de cette observation. Il semblerait en effet qu'en matière de terrorisme CBRN, le SPC demeure l'organisme principal de coordination et de décision, l'Agence possédant davantage de latitude en ce qui concerne uniquement la question du bioterrorisme et non des urgences CBRN en général.

De ce chapitre a donc été conclu que la santé publique, en ce qui concerne la menace du terrorisme CBRN, n'a pas fait son entrée dans le champ de la sécurité nationale entre 1995 et 2006. Plusieurs éléments soulignés ci-haut permettent d'avancer cette conclusion, notamment le fait que la sécurité sanitaire n'existe que dans le discours de Santé Canada. En outre, le fait que l'ASPC hérite surtout du dossier du bioterrorisme, le dossier qui revient le plus « naturellement » aux autorités de santé publique pour sa consonance sanitaire, témoigne de la dichotomie qui perdure entre santé et sécurité. Peu de choses ont donc changé : le Solliciteur général et SPC, qui possède bien avant 2001 l'apanage de la gestion du terrorisme CBRN, la préserve, contrairement à Santé Canada pour qui il s'agit d'une nouveauté post-11 septembre. Si la vision intégrée des menaces au sein de SPC jette malgré tout un doute quant à l'importance que pourrait revêtir la sécurité sanitaire, indice de l'entrée de la santé publique dans le champ de la sécurité nationale, un rapprochement a été établi entre cette vision et l'addition, au sein du portefeuille, des menaces intentionnelles/criminelles et des menaces accidentelles/naturelles. Alors que les premières correspondent au terrorisme CBRN, les secondes font plutôt référence aux maladies infectieuses.

Ces dernières font précisément l'objet du chapitre III et ont ainsi permis de confirmer les soupçons évoqués en conclusion du chapitre II, **à savoir que la santé publique est devenue un enjeu de sécurité nationale essentiellement en ce qui a trait aux MIER**. Plus précisément, l'examen de la mise à l'agenda politique des maladies infectieuses, au sein du Solliciteur général et de SPC, a révélé que l'inquiétude des dirigeants de SPC est née véritablement suite à l'épisode du SRAS, mais qu'elle n'est pas spécifique à cette crise. On assiste plutôt à la généralisation des inquiétudes, en réaction à des risques apparemment tout

aussi généralisés. Ce même constat s'applique à la relation entre santé publique et sécurité nationale qui naît de la menace des MI : bien qu'après 2003 les discours des dirigeants politiques laissent place à la protection de la santé – un domaine jusque-là laissé aux bons soins de Santé Canada –, cette valeur n'est qu'une parmi d'autres, réunies sous le parapluie protecteur de SPC, avec en tête de liste la menace persistante du terrorisme. L'analyse de la mise à l'agenda décisionnel se révèle toutefois surprenante puisque, entre 1995 et 2006, les activités institutionnelles associées aux MI apparaissent encore une fois plus importantes que les discours, la crise du SRAS demeurant un épisode clef dans l'adoption de nouveaux objectifs et de nouvelles mesures pour protéger le Canada et les Canadiens. C'est d'ailleurs bien de cela qu'il s'agit, plutôt que de sécurité sanitaire. SPC œuvre à la gestion des mesures d'urgences et agit comme tête dirigeante du gouvernement dans ce domaine. Le ministère n'en assure pas moins son soutien aux autorités de santé publique, à qui revient essentiellement la responsabilité de veiller sur la santé des Canadiens lorsqu'il est question de la propagation de maladies infectieuses.

Enfin, c'est sans surprise que la place importante des MI, au sein de Santé Canada et pour toute la période étudiée, a été soulignée. Cette place a simplement évolué, le changement le plus notable s'avérant l'adoption du terme *pandémie* plutôt qu'*épidémie* pour désigner les mêmes infections évoquées par le passé (VIH/sida, Ebola), des suites de la propagation internationale du SRAS qui a fortement marqué la perception de la menace des dirigeants de Santé Canada. De la même façon, bien que la sécurité sanitaire soit continuellement présente dans leur discours, le SRAS entraîne l'attribution d'une vocation désormais plus internationale à la protection de la santé. La recherche d'un sentiment de sécurité, autrement dit, passe en matière de santé publique par une prise de conscience de la complexité du monde et de la porosité de ses frontières aux maladies infectieuses. Si les activités institutionnelles de l'organisation sont en parfaite cohérence avec les discours de ses hauts fonctionnaires, elles mettent toutefois à jour certains éléments cruciaux de notre analyse : ce sont véritablement deux événements – l'un de nature terroriste/criminelle (11 septembre 2001) et l'autre naturel (SRAS) – qui ont mis en exergue la complexité du « nouveau » monde, recelant de dangers contre lesquels la santé des Canadiens doit être protégée. La réaction la plus importante à cette perception réside certainement dans la création de l'ASPC,

responsable de tous les types de risques pour la santé des Canadiens, à travers toutes les frontières. La sécurité sanitaire, qui incombe désormais à l'Agence et à son Centre d'intervention des mesures d'urgence, se traduit plus particulièrement par une stratégie intégrée de santé publique. Bien qu'elle concerne les MI, il importe de rappeler qu'elle s'applique aux MI dont la propagation est aussi bien naturelle qu'*intentionnelle*.

Des chapitres II et III peut donc être tirée la conclusion suivante : la santé publique n'est que partiellement entrée dans le champ de la sécurité nationale, c'est-à-dire en regard à la menace des MIER uniquement. Cela ne signifie pas que le terrorisme CBRN ne soit pas associé à ce champ, mais plutôt qu'il s'y trouve déjà bien ancré, bien avant les événements de 2001 et de la crise du SRAS, et sans faire référence à la sécurité sanitaire, mais plutôt pour veiller à la survie des Canadiens et du Canada selon une vision « traditionnelle » (Dillon, 2007). **Mieux encore, force est de constater que l'articulation du processus de sécurisation de la santé publique, s'il est donc associé à la menace des MIER, se réalise par l'avènement d'une *stratégie intégrée de la santé publique* dont l'ASPC est le principal étendard, une stratégie distincte de la *stratégie intégrée de la sécurité nationale* mise de l'avant par SPC. C'est en ce sens que le processus de sécurisation de la santé publique est compartimenté. C'est en ce sens aussi qu'il manque de cohérence, puisque :**

1) la stratégie intégrée de la sécurité nationale adopte une approche « contre tous les risques » qui, *dans les discours seulement* laisse miroiter l'importance de la sécurité sanitaire alors que, dans les faits, il s'en remet à Santé Canada

- a) pour l'appuyer en tant qu'acteur secondaire des suites d'un acte criminel CBRN et;
- b) pour mettre de l'avant la sécurité sanitaire des Canadiens uniquement en cas de pandémie naturelle.

2) la stratégie intégrée de la santé publique hérite de la mission de protection de la santé, mais il a été démontré que ses activités et pouvoirs ne sont pas à la hauteur de cette tâche, en dépit de son discours très « sécuritaire » concernant la lutte et le combat contre les MI aussi bien naturelles que intentionnelles :

- a) ses activités en cas d'incident criminel sont limitées à la question du bioterrorisme;

- b) ses activités concernant d'autres crimes – chimique, radiologique, nucléaire – se résument à une intervention *a posteriori* de support aux organismes d'application de la loi et de renseignement;
- c) même en cas de pandémie naturelle, les pouvoirs de l'administrateur en chef de la santé publique sont limités, autant par les budgets que les législations en cours.

Enfin, rappelons que ce mémoire consiste avant tout en un exercice théorique, soit l'application d'une approche développée au chapitre I. Si les éléments de conclusion jusqu'à présent soulevés le reflètent bien, il s'avère néanmoins intéressant d'en évaluer la dimension pratique ou, autrement dit, la signification quant au premier objectif de la PSN, protéger les Canadiens et le Canada. Le caractère fondamental de cet objectif mérite effectivement que l'on s'attarde à la question de la sécurité sanitaire. En débordant l'objectif traditionnel de la sécurité (Dillon, 2007; Ullman, 1983), c'est-à-dire l'absence de mort comme objectif fondamental de la sécurité nationale, la sécurité sanitaire met de l'avant l'importance de protéger la qualité de vie en préservant la santé des Canadiens.

Il s'agit d'une dimension centrale de la sécurité, l'épisode du SRAS ayant bien montré les conséquences d'une crise qui, si elle a causé plus de 800 décès dans 32 pays (dont 44 au Canada), a également occasionné des pertes totalisant plus de 30 milliards de dollars à l'échelle mondiale (une ville canadienne, Toronto, compte parmi les plus touchées au plan économique) (Bordeleau, 2004). Au-delà de la seule survie, en somme, la sécurité sanitaire se révèle cruciale au maintien de la qualité de vie des citoyens.³⁴

Or, il se trouve que la sécurité sanitaire, comme l'a démontré l'application de notre approche théorique, demeure associée essentiellement, dans les faits, à la menace des maladies infectieuses. En dépit des discours entourant la PSN, notamment sur une vision intégrée de la sécurité nationale qui apparaît telle une ouverture à son égard, il a été démontré que la sécurité sanitaire demeure absente de la problématique du terrorisme CBRN et qu'elle niche

³⁴ À ce sujet, il serait intéressant d'explorer les effets psychologiques contenus dans ce que Ulrich Beck identifie comme les risques « im-matériels » : intentionnels ou non, ils menacent d'autant plus la qualité de vie et le bien-être que leur auréole d'incertitude alimente une peur irraisonnée, une aversion profonde (Beck et al., 2004).

plutôt dans la vision séparée, dite également intégrée de la santé publique, promue seulement après 2003. Pourtant, comme le suggèrent Giroux et St-John (2002), considérer l'aspect sanitaire du terrorisme conduirait à une amélioration des infrastructures de santé publique ainsi que, surtout, à leur plus grande efficacité, puisque la préparation, dans une perspective sanitaire, contre les menaces intentionnelles (terrorisme) ou non intentionnelles (accidents, changements climatiques, pandémies) repose sur les mêmes exigences en matière de surveillance, de sensibilisation ou de capacités en laboratoire. Pour cette raison le concept de sécurité sanitaire mérite d'être considéré et développé non seulement au sein de l'Agence de santé publique du Canada – dont les pouvoirs et activités sont pour l'instant limités en la matière – mais également au-delà.

Par ailleurs, afin de véritablement apprécier le processus de sécurisation de la santé publique au Canada, il va sans dire qu'un élargissement de nos horizons de recherche s'impose. Un tel processus existe-t-il ailleurs en Amérique du Nord (existe-t-il un périmètre de santé publique nord-américain?), voire outre-Atlantique? Qu'est-il possible de tirer de cette comparaison en regard du cas canadien et des trois objectifs de la PSN et non uniquement du premier? Il va sans dire qu'une approche théorique simplifiée serait de mise pour effectuer un tel travail, étant donné la quantité de données qui seraient alors collectées. Une approche préservant la distinction entre mise à l'agenda politique et décisionnel demeure toutefois importante, étant donné les éléments d'analyse significatifs que cette distinction a permis d'établir au cours de ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

Ablonczy, Diane. 2001. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, no. 91, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 3 octobre 2001.

Adams, Peter. 2003. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^{de} session, no.83. Ottawa, 2 avril 2003.

Allison, Graham. 2004. *Nuclear Terrorism*. New York : Times Books, 263 pages.

Anonyme. 2004. « Canadian Conference on Counter-Terrorism and Public Health : Final Report », *Canadian Journal of Public Health*, vol.95, no.2, 50 pages.

ASPC. 2006a. « Centres et directions – Centre de mesures et d'interventions d'urgence », *À propos de l'Agence*, 1^{er} décembre 2006. En ligne, page consultée le 5 février 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index_f.html#dgmimu.

ASPC. 2006b. « La Loi constituant l'Agence de santé publique du Canada entre en vigueur », *Communiqués – ASPC*. Ottawa, 15 décembre 2006.

ASPC. 2006c. « Rapport sur le rendement 2005-2006 », *Secrétariat du Conseil du Trésor*, 87 pages.

ASPC. 2005a. « Le Canada et les États-Unis établissent un lien essentiel entre leurs systèmes de surveillance des maladies », *Communiqués – ASPC*. Ottawa, 12 août 2005.

ASPC. 2005b. « Le laboratoire de microbiologie de Winnipeg a dépêché en Angola une équipe de deux médecins qui y travaillent à la détection et au diagnostic du virus Marburgh », *Communiqués – ASPC*. Ottawa, 21 avril 2005.

ASPC. 2005c. « Rapport sur le rendement 2004-2005 », *Secrétariat du Conseil du Trésor*, 108 pages.

ASPC. 2004a. « Le gouvernement du Canada annonce le Centre national de collaboration des politiques publiques et de l'évaluation des risques », *Communiqués – ASPC*. Ottawa, 7 mai 2004.

ASPC. 2004b. « Un système « d'alerte rapide » qui surveille la santé publique mondiale 24 heures par jour, sept jours par semaine. RMISP II recueille et diffuse des alertes dans sept langues », *Communiqués – ASPC*. Ottawa, 17 novembre 2004.

Austin, John L. 1962. *How To Do Things With Words*. Londres: Oxford University Press, 166 pages.

Avery, George. 2004. « Bioterrorism, Fear, and Public Health Reform: Matching a Policy Solution to the Wrong Window », *Public Administration Review*, vol.64, no.3, pp.275-288.

Baldwin, David. 1997. « The concept of security », *Review of International Studies*, 23, pp.5-26.

Bachand, André. 2001. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.95, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 16 octobre 2001.

Balzacq, Thierry. 2005. « The Three Faces of Securitization : Political Agency, Audience and Context », *European Journal of International Relations*, 11(2), pp.171-201.

BCP. 2005. *Protéger une société ouverte : un an après. Rapport d'étape sur la mise en œuvre de la politique canadienne de sécurité nationale*. Ottawa, avril 2005, 58 pages.

BCP. 2004. *Protéger une société ouverte : la politique canadienne de sécurité nationale*. Ottawa, avril 2004, 69 pages.

Beck, Ulrich et al. (dir.). 2004. *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. Londres : SAGE Publications, 232 pages.

Bennett, Carolyn. 2005a. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.112, 38^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 5 mai 2005.

Bennett, Carolyn. 2004a. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, 38^e législature, 1^{re} session, no.14. Ottawa, 22 octobre 2004.

Bennett, Carolyn. 2004b. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.55. Ottawa, 14 mai 2004.

Bennett, Carolyn. 2004c. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.11. Ottawa, 16 février 2004.

Bennett, Carolyn. 2004d. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.52. Ottawa, 11 mai 2004.

Bigo, Didier. 2005. « La mondialisation de l'(in)sécurité ? Réflexions sur le champ des professionnels de la gestion des inquiétudes et analytique de la transnationalisation des processus d'(in)sécurisation », *Cultures & Conflits*, no.58, pp.53-100.

Bigo, Didier. 1998a. « L'Europe de la sécurité intérieure. Penser autrement la sécurité », *Entre union et nations* (dir. Anne-Marie Le Gloannec). Paris : Presses de Sciences Po, pp.55-90.

Bigo, Didier. 1998b. « Sécurité et immigration: vers une gouvernementalité par l'inquiétude? », *Cultures et Conflits*, no.31-32.

Bloodworth, Margaret. 2005. « Discussion en groupe sur les menaces à l'égard de la sécurité des Canadiens et de l'économie canadienne au premier Sommet public-privé sur la sécurité nationale », *Discours- Sécurité publique Canada*. Ottawa, 11 mai 2005.

Bloodworth, Margaret. 2004. « Forum intergouvernemental sur la gestion du risque », *Discours - Sécurité publique Canada*. Ottawa, 19 octobre 2004.

Bordeleau, Stéphane. 2004. « SRAS. Ce qu'il faut savoir », *Radio-Canada Nouvelles*.

Boyle, Francis A. 2005. *Biowarfare and Terrorism*. Atlanta : Clarity Press, 137 pages.

Breitkreuz, Garry. 1997. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 35^e législature, 2^e session. Ottawa, 17 avril 1997.

Brundtland, Gro Harlem. 2005. « European Public Health Association. Public Health Challenges in a Globalizing World », *European Journal of Public Health*, vol.15, no.1, pp.3-5.

Bryden, John. 2001. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.85, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 25 septembre 2001.

Butler, Jay et al. 2002. « Collaboration between Public Health and Law Enforcement : New Paradigms and Partnerships for Bioterrorism Planning and Response », *Emerging Infectious Diseases*, vol.8, no.10, pp.1152-1156.

Buzan, Barry. 1991. *People, States and Fear. An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era*. Boulder : Lynne Rienner Publishers, 393 pages.

Buzan, Barry et Ole Wæver. 2003. *Regions and Powers. The Structure of International Security*. New York : Cambridge University, 564 pages.

Buzan, Barry et Ole Wæver. 1998. « Liberalism and Security: The Contradictions of the Liberal Leviathan », *Copenhagen Peace Research Institute, Working Papers*. En ligne, page consultée le 29 juin 2006, <http://www.ciaonet.org/wps/bub02/bub02.html>.

Campbell, David. 1998. *Writing Security. United States, Foreign Policy, and the Politics of Identity*. Minneapolis : University of Minnesota Press, 289 pages.

Castonguay, Jeannot. 2003a. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^{re} session, no.75. Ottawa 21 mars 2003.

Castonguay, Jeannot. 2003b. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^{re} session, no.83. Ottawa, 2 avril 2003.

Cirincione, Joseph et al. 2005. *Deadly Arsenal. Nuclear, Biological, and Chemical Threat* (2^e édition). Washington : Carnegie Endowment of International Peace, 489 pages.

Clement, Tony. 2006. « Conférence mondiale sur la gestion des catastrophes », *Discours – Ministère de la Santé du Canada*. Toronto, 19 juin 2006.

Cohen, William. 2001. « Foreword », *Biological Weapons. Limiting the Threat* (dir. Joshua Lederberg). Cambridge : MIT Press, pp.xi-xvi.

Cohen, Michael, James March et Johan Olsen. 1972. « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, vol. 27, no.1, mars, pp.1-25.

Cullen, Roy. 2004. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.08, 38^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 14 octobre 2004.

Dillon, Michael. 2007. « Governing Terror: The State of Emergency of Biopolitical Emergence », *International Political Sociology*, no.1, pp.7-28.

Dosanjh, Ujjal. 2004. « La santé à l'heure de la mondialisation : une perspective canadienne », *Discours – Santé Canada*. Cambridge, 10 novembre 2004.

Dworkin, Mark, Xinfang Ma et Roman Golash. 2003. « Fear of Bioterrorism and Implications for Public Health Preparedness », *Emerging Infectious Diseases*, vol.9, no.4, pp.503-505.

Easter, Wayne. 2003. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.79, 37^e législature, 2^e session. Ottawa, 27 mars 2003.

Elcock, Ward. 2003. « Témoignage de Ward Elcock », *Sous-comité parlementaire sur la sécurité nationale*. Ottawa, 1^{er} avril 2003.

Elcock, Ward. 2002. « Allocution de monsieur W.P.D. Elcock, Directeur du Service canadien du renseignement de sécurité prononcée lors de la conférence sur le terrorisme et la technologie », *Discours et présentations – SCRS*. Whistler, 29-30 avril 2002.

Elcock, Ward. 1999. « Terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire », *Perspective - SCRS*, no.2000/02.

Elcock, Ward. 1998. « Témoignage de Ward Elcock », *Comité spécial du Sénat sur la sécurité et les services de renseignement*, 36^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 24 juin 1998.

Eriksson, Johan. 2001. « Introduction », *Threat Politics. New Perspectives on Security, Risk and Crisis Management*, dir. Johan Eriksson. Burlington : Ashgate Publishing Limited, pp.1-18.

Eriksson, Johan. 1999. « Agendas, Threats and Politics. Securitization in Sweden », *Paper to be presented at the ECPR Joint Sessions, Workshop « Redefining Security »*, Mannheim, March 26-31, 25 pages.

Eser Gray, Herbert. 1996. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, 35^e législature, 2^e session. Ottawa, 14 mai 1996.

Eser Gray, Herbert. 1995. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 35^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 24 février 1995.

Eser Gray, Herbert. 1994. « Débats parlementaires », *Hansard Révisé*, 35^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 11 avril 1994.

Fadda, Giovanni et Paola Cattani. 2003. « Risks and actions against bio-terrorism in Europe », *European Journal of Public Health*, 13 (4 supplement), pp.7-10.

Falkenrath, Richard. 1998. « Confronting Nuclear, Biological and Chemical Terrorism », *Survival*, vol. 40, no. 3, pp.43-65.

Fidler, David. 2004a. *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. New York : Palgrave Macmillan, 219 pages.

Fidler, David. 2004b. « Germs, Norms and Power : Global Health's Political Revolution », *Electronic Law Journal*. En ligne, page consultée le 30 octobre 2006, 22 pages, http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2004_/fidler/.

Fidler, David. 2004c. « Germs, governance, and global public health in the wake of SARS », *The Journal of Clinical Investigation*, vol.113, no.6, pp.799-804.

Fidler, David. 2003. « Public Health and National Security in the Global Age : Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik », *The George Washington International Law Review*, vol.35, no.4, pp.787-856.

Fletcher, Steven. 2006. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 39^e législature, 1^{re} session, no.39. Ottawa, 13 juin 2006.

Foreman, Christopher. 1994. *Plagues, Products and Politics. Emergent Public Health Hazards and National Policymaking*. Washington : Brookings, 210 pages.

Fry, Hedy. 1996. « Lancement de l'Entreprise face au VIH/sida – XI^e Conférence internationale sur le sida », *Discours – Ministère de la Santé*. Vancouver, 10 juillet 1996.

Garret, Laurie. 2005a. « The Lessons of HIV/AIDS », *Foreign Affairs*, vol.84, no.4, pp.51-64.

Garret, Laurie. 2005b. « The Next Pandemic ? », *Foreign Affairs*, vol.84, no.4, pp.3-23.

Gofin, Rosa. 2005. « Preparedness and response to terrorism. A framework for public health action », *European Journal of Public Health*, vol.15, no1, pp.100-104.

Goodyale, Ralph. 2004. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^{re} session, no.27. Ottawa, 23 mars 2004.

Gostin, Lawrence. 2004. « The International Health Regulations and Beyond », *The Lancet Infectious Diseases*, vol.4, pp.606-607.

Gostin, Lawrence et al. 2002. « The Model State Emergency Health Powers Act. Planning for Response to Bioterrorism and Naturally Occurring Infectious Disease », *Journal of American Medical Association*, vol.288, no.5, pp.622-628.

Gouvernement du Canada. 2006. « Projet de loi C-12. Loi concernant la gestion des urgences et modifiant et abrogeant certaines loi », *Chambre des communes du Canada*, 1^{re} session, 39^e législature, 55 Élisabeth II. Ottawa, 11 décembre 2006, 14 pages.

Gouvernement du Canada. 2004. « Discours du Trône ouvrant la troisième session de la trente-septième législature du Canada », *Rapports et publications archivés - Bureau du Conseil privé archivés*. Ottawa : 2 février 2004.

Gouvernement du Canada. 2001. « Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-septième législature du Canada », *Rapports et publications archivés - Bureau du Conseil privé archivés*. Ottawa : 30 janvier 2001.

Gouvernement du Canada. 1999. « Discours du Trône ouvrant la deuxième session de la trente-sixième législature du Canada », *Rapports et publications archivés - Bureau du Conseil privé*. Ottawa, 12 octobre 1999.

Grimard, Christine. 2003. « La CIDNBC met l'accent sur la menace terroriste », *La feuille d'érable*, Communiqué, vol.6, no.20, 28 mai 2003.

Guillemin, Jeanne. 2005a. « Inventing Bioterrorism: The Political Construction of Civilian Risk », *Making Threats. Biofears and Environmental Anxieties* (dir. Betsy Harmann et al). Lanham : The Rowman & Littlefield Publishing Group, pp.197-216.

Guillemin, Jeanne. 2005b. *Biological Weapons. From the Invention of State-Sponsored Programs to Contemporary Bioterrorism*. New York : Columbia University Press, 258 pages.

Hamilton, Dwight. 2006. *Inside Canadian Intelligence. Exposing the New Realities of Espionage and International Terrorism*. Toronto : Dundurn Press, 264 pages.

Hartmann, Betsy, Banu Subramaniam et Charles Zerner (dir.). 2005. « Introduction », *Making Threats : Biofears and Environmental Anxieties*. Lanham : Rowman & Littlefield Publishing Group, pp.1-22.

Harvey, Frank. 2006a « The Homeland Security Dilemma: The Imaginations of Failure and the Escalating Costs of Perfecting Security », *Canadian Defence & Foreign Affairs Institute*. En ligne, page consultée le 26 octobre 2006, 27 pages, www.cdfai.org.

Harvey, Frank. 2004. *Smoke and Mirrors. Globalized Terrorism and the Illusion of Multilateral Security*. Toronto : University of Toronto Press, 342 pages.

Hoffman, Bruce. 1997. « Terrorism and WMD: Some Preliminary Hypotheses », *The Nonproliferation Review*, Spring/Summer, pp.45-53.

Holloway, Harry et al. 2001. « The Threat of Biological Weapons : Prophylaxis and Mitigation of Psychological and Social Consequences », *Biological Weapons. Limiting the Threat* (dir. Joshua Lederberg). Cambridge : MIT Press, pp.249-261.

Huysmans, Jef. 1998a. « Revisiting Copenhagen ; Or, On the Creative Development of a Security Studies Agenda in Europe », *European Journal of International Relations*, 4(4), pp.479-505.

Huysmans, Jef. 1998b. « Dire et écrire la sécurité : le dilemme normatif des études de sécurité », *Cultures & Conflicts*, no.31-32, pp.177-202.

Huysmans, Jef. 1998c. « Security ! What Do You Mean ? From Concept to Thick Signifier », *European Journal of International Relations*, 4(2), pp.226-255.

IRTC. 2006. « Communiqué – L’IRTC obtient 16,2 millions de dollars pour de nouveaux projets de recherche et de technologie liés à la lutte contre le terrorisme », *Publications IRTC*. Ottawa, 14 février 2006.

Jackman, Martha. 2000. « Constitutional Jurisdiction Over Health in Canada », *Health Law Journal*, vol.8, pp.95-117.

Janson, Staffan et Martin McKee. 2002. « The implications of terrorism for public health », *European Journal of Public Health*, vol.12, pp.1-2.

Kadlec, Robert, Ann Vrtis et Allan Zelicoff. 1997. « Biological Weapons Control. Prospects and Implications for the Future », *Journal of American Medical Association*, vol.278, no.5, pp.351-356.

Karesh, William et Robert Cook. 2005. « The Human-Animal Link », *Foreign Affairs*, vol.84, no.4, pp.38-50.

Kickbusch, Ilona. 2003. « Influence And Opportunity : Reflections On The U.S. Role In Global Public Health », *Health Affairs*, vol.21, no.6, pp.131-141.

Kingdon, John. 2003. *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2^e édition). New York : Longman, 253 pages.

Krause, Keith et Michael Williams. 1997. *Critical Security Studies. Concepts and Cases*. Minneapolis : University of Minnesota Press, 379 pages.

Lane, Clifford et Anthony Fauci. 2001. « Bioterrorism on the Home Front : A New Challenge for American Medicine », *Journal of American Medical Association*, vol.285, no.20, pp.2595-2597.

Lansford, Tom et al. 2006. *To protect and Defend. U.S. Homeland Security Policy*. Burlington : Ashgate Publishing, 196 pages.

Laqueur, Walter. 1999. *The New Terrorism. Fanaticism and the Arms of Mass Destruction*. New York : Oxford University Press, 312 pages.

Lazar, Harvey et Kumanan Wilson. 2005. « Planning for the Next Pandemic Threat : Defining the Federal Role in Public Health Emergencies », *IRPP Policy Matters*, vol.6, no.5, 36 pages.

Lederberg, Joshua. 2001. « Introduction », *Biological Weapons. Limiting the Threat* (dir. Joshuad Lederberg). Cambridge : MIT Press, pp.3-8.

Lunney, James. 2003. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^{re} session, no.82. Ottawa, 1^{er} avril 2003.

MacAulay, Lawrence. 2001. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.89, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 25 septembre 2001.

MacAulay, Lawrence. 1999. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.41, 36^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 14 décembre 1999.

MacLeod, Alex et al. 2004. « Identité nationale, sécurité et la théorie des relations internationales », *Études internationales*, vol. xxxv, no.1, pp.7-24.

March, James et Johan Olsen. 1989. *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York : The Free Press, 227 pages.

Marissal, Vincent. 1997. « La GRC ouvre une enquête sur le scandale du sang contaminé », *La Presse*, 23 décembre 1997, p.A1.

Marleau, Diane. 1995a. « Débats parlementaires », 35^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 2 novembre 1995.

Marleau, Diane. 1995b. « Notes d'allocution de Diane Marleau, ministre de la Santé, à l'occasion de la présentation du budget des dépenses principal pour l'exercice 1995-1996 », *Discours - Santé Canada*. Ottawa, 18 mai 1995.

Marleau, Diane. 1995c. « À l'occasion de la présentation du budget des dépenses principal pour l'exercice 1995-1996 », *Discours – Ministère de la Santé*. Ottawa, 18 mai 1995.

Marleau, Diane. 1994. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 35^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 18 février 1994.

McDade, Joseph et David Franz. 1998. « Bioterrorism as a Public Health Threat », *Emerging Infectious Diseases*, vol.4, no.3, pp.493-494.

McKee, Martin. 2003. « Globalisation : seizing the opportunities for health », *European Journal of Public Health*, vol.13, no.4, p.10.

McLellan, Anne. 2005a. « La Politique de sécurité nationale : présentation de protéger une société ouverte », *Discours et actualités – SPC*. Ottawa, 11 juillet 2005.

McLellan, Anne. 2005b. « 15^e conférence mondiale sur la gestion des opérations en cas de catastrophe », *Discours - Sécurité publique Canada*. Ottawa, 11 juillet 2005.

McLellan, Anne. 2004a. « La publication de protéger une société ouverte : la politique canadienne de sécurité nationale », *Discours – SPC*. Ottawa, 27 avril 2004.

McLellan, Anne. 2004b. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.42, 37^e législature, 3^{re} session. Ottawa, 27 avril 2004.

McLellan, Anne. 2004c. « Allocution à la conférence annuelle de l'Association canadienne de la police professionnelle », *Discours – Sécurité publique Canada*, Ottawa. Ottawa, 27 août 2004.

McLellan, Anne. 2004d. « Souper avec le Conseil national de relations canado-arabes », *Discours – Sécurité publique Canada*. Ottawa, 8 décembre 2004.

McLellan, Anne. 2004e. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.49. Ottawa, 6 mai 2004.

McLellan, Anne. 2003a. « Conférence canadienne sur la santé publique et la lutte contre le terrorisme », *Discours – Santé Canada*. Ottawa, 30 octobre 2003.

McLellan, Anne. 2003b. « Ouverture officielle du Centre des opérations d'urgence », *Discours – Santé Canada*. Ottawa, 19 novembre 2003.

McLellan, Anne. 2003c. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^e session, no.101. Ottawa, 13 mai 2003.

McLellan, Anne. 2003d. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^e session, no.90. Ottawa, 28 avril 2003.

McLellan, Anne. 2003e. « Assemblée générale annuelle de l'Association médicale canadienne », *Discours – Ministère de la Santé*. Winnipeg, 18 août 2003.

McLellan, Anne. 2003f. « Réunion technique sur le SRAS de l'Organisation mondiale de la Santé », *Discours – Ministère de la Santé*, Genève, 20 mai 2003.

McLellan, Anne. 2002. « Institut d'administration publique du Canada : Relever les défis du système canadien de santé », *Discours*. Ottawa, 4 juin 2002.

Merrifield, Rob. 2003. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 2^e session, no.105. Ottawa, 26 mai 2003.

Ministère de la Justice du Canada. « Partie 23 : Loi de mise en œuvre de la Convention sur les armes biologiques ou à toxines », *Projet de Loi C-7 : Loi de 2002 sur la sécurité publique* (2004, ch.15). Ottawa, 12 février 2004.

Ministère de la Justice du Canada. *Loi sur le ministère de la Santé* (1996, ch.8). Ottawa.

Mollaret, Henri-Hubert. 2002. *L'arme biologique : bactéries, virus et terrorisme*. Paris : Plon, 214 pages.

Morse, Stephen (dir.). 1993. *Emerging Viruses*. New York : Oxford University Press, 317 pages.

O'Brien, Terry et Katharine Rathbun. « Bioterrorism and the Use of Fear in Public Health », *The Urban Lawyer*, vol.34, no.3, pp.685-726.

Osterholm, Michael T. 2005. « Preparing for the Next Pandemic », *Foreign Affairs*, vol.84, no.4, pp.24-37.

Paracini, John. 2003. « Putting WMD Terrorism into Perspective », *The Washington Quarterly*, vol.26, no.4, pp.37-50.

Parlement du Canada. 2004a. « Les urgences nationales : Le Canada, fragile en première ligne. Stratégie de renforcement », *Comité sénatorial permanent de la sécurité et de la défense*, volume I. Ottawa, mars 2004, 227 pages.

Parlement du Canada. 2004b. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.29. Ottawa, 29 avril 2004.

Parlement du Canada. 1999. *Rapport du Comité spécial du Sénat sur la sécurité et les services de renseignement*, 36^e législature, 1^{re} session. Ottawa, janvier 1999.

Pavlin, Julie. 1999. « Epidemiology of Bioterrorism », *Emerging Infectious Diseases*, vol.5, no.4, pp.528-530.

PC et AP. 1995. « Virus Ebola. Voyageurs mis en quarantaine », *Le Devoir*, 18 mai 1995, p.A2

PC. 2005. « À l'initiative du Congrès américain. Vaste exercice antiterroriste à Ottawa », *La Presse*, 9 avril 2005, p.A11.

PC. 1995. « Le Canada sous-équipé pour diagnostiquer le virus Ebola », *Le Soleil*, 23 mai 1995, p.A11.

Pirages, Dennis. 1997. « Ecological Theory and International Relations », *Global Legal Studies Journal*, vol.5, no.53, pp.53-63.

Post, Jerrold M. 2000. « Psychological and Motivational Factors in Terrorist Decision-Making : Implications for CBW Terrorism », *Assessing Terrorist Use of Chemical and Biological Weapons* (dir. Jonathan B. Tucker). Cambridge : MIT Press, pp.271-289.

Proctor, Dick. 2006. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 39^e législature, 1^{re} session, no.14. Ottawa, 2 mai 2006.

Proctor, Dick. 2004. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 3^e session, no.37. Ottawa, 20 avril 2004.

Ricciardi, Walter. 2003. « Globalisation and health in Europe : harmonising public health practices », *European Journal of Public Health*, vol.13, no.14, pp.4-5.

Richardson, John. 1995. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 35^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 24 février 1995.

Rock, Allan. 2001a. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.93, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 5 octobre 2001.

Rock, Allan. 2001b. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.91, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 3 octobre 2001.

Rock, Allan. 2001c. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.103, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 26 octobre 2001.

Rock, Allan. 2001d. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.94, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 15 octobre 2001.

Rock, Allan. 2001e. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 1^{re} session, no.64. Ottawa, 17 mai 2001.

Rock, Allan. 2001f. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 37^e législature, 1^{re} session, no.08. Ottawa, 7 février 2001.

Rock, Allan. 1997. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.28, 36^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 5 novembre 1997.

Santé Canada. 2007. « Le ministre de la Santé, Tony Clement, participe à l'inauguration du Centre international des maladies infectieuses », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 19 janvier 2007.

Santé Canada. 2006a. « Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé », *Agence de santé publique du Canada*. Ottawa, 666 pages.

Santé Canada. 2006b. « Une nouvelle loi sur la quarantaine pour mieux protéger la santé des Canadiens », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 12 décembre 2006.

Santé Canada. 2005. « Des fournitures de la Réserve nationale de secours seront envoyées pour venir en aide aux victimes de l'ouragan Katrina », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 4 septembre 2005.

Santé Canada. 2003. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*. Ottawa, p.232 pages.

Santé Canada. 2002a. « Comité permanent de la santé. Observations préliminaires pour A. Anne McLellan, Ministre de la Santé », *Discours – Santé Canada*. Ottawa, 21 février 2002.

Santé Canada. 2002b. « Les ministres de la Santé lancent des initiatives pour améliorer la protection de la santé à l'échelle mondiale », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 6 décembre 2002.

Santé Canada. 2002c. « Rapport sur le rendement 2001-2002 ». *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 153 pages.

Santé Canada. 2001a. « Nouvelles initiatives sur la sécurité de la santé pour protéger les Canadiens », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 18 octobre 2001.

Santé Canada. 2001b. *Rapport sur le rendement 2000-2001*, Secrétariat du Conseil du Trésor, 31 mars 2001, 141 pages.

Santé Canada. 2001c « Le ministre Rock annonce la création du Comité consultatif national sur la sécurité et la recherche en matière d'agents chimiques, biologiques et radioactifs », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 13 novembre 2001.

Santé Canada. 2001d. « Les ministres de la Santé prennent des mesures pour améliorer la sécurité et la santé à l'échelle mondiale », *Communiqués – Santé Canada*. Ottawa, 7 novembre 2001.

Santé Canada. 2001e. « Santé Canada sollicite des renseignements des fabricants de vaccins antivarioliques », *Communiqué – Santé Canada*. Ottawa, 1^{er} décembre 2001.

Santé Canada. 2000. « Rapport sur le rendement 1999-2000 ». *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 162 pages.

Santé Canada. 1999. « Le Canada inaugure le premier établissement au monde à combiner la recherche en santé humaine et animale », *Communiqués – Santé Canada*. Winnipeg, 11 juin 1999.

Santé Canada. 1998. « Rapport sur le rendement 1997-1998 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 105 pages.

Santé Canada. 1997. « Rapport sur le rendement 1996-1997 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa 104 pages.

Scott, Andy. 1998. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.96, 36^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 30 avril 1998.

SCRS. 1995. « Le terrorisme chimique et biologique : Une menace », *Commentaire no.60 - SCRS*, août 1995.

Sgro, Judy. 2001. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard Révisé*, no.97, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 18 octobre 2001.

Siegel, Marc. 2005. *Fale Alarm. The Truth About the Epidemic of Fear*. Hoboken (New Jersey) : John Wiley & Sons, 246 pages.

Sloan, Elinor. 2005. *Security and Defence in the Terrorist Era. Canada and North America*. Montréal : McGill-Queen's University Press, 198 pages.

Solliciteur général du Canada. 2003. « Rapport sur le rendement 2002-2003 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 70 pages.

Solliciteur général du Canada. 2002. « Rapport sur le rendement 2001-2002 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 56 pages.

Solliciteur général du Canada. 2001. « Rapport sur le rendement 2000-2001 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 49 pages.

Solliciteur général du Canada. 2000. « Rapport sur le rendement 1999-2000 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 53 pages.

Solliciteur général du Canada. 1999. « Rapport sur le rendement 1998-1999 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 43 pages.

Solliciteur général du Canada. 1998. « Rapport sur le rendement 1997-1998 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 37 pages.

Solliciteur général du Canada. 1997. « Rapport sur le rendement 1996-1997 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 30 pages.

SPC. 2006a. « Rapport sur le rendement 2005-2006 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 102 pages.

SPC. 2006b. « Protection civile », *Programmes – Gestion des urgences*. En ligne, page consultée le 31 mars 2007, <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/index-fr.asp>.

SPC. 2006c. « Protection des infrastructures essentielles », *Programmes – Gestion des urgences*. En ligne, page consultée le 31 mars 2007, <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/cip-fr.asp>.

SPC. 2005a. « La Stratégie en matière chimique, biologique, radiologique et nucléaire du gouvernement du Canada », *Sécurité publique Canada*. Ottawa, 12 pages.

SPC. 2005b. « Centre des opérations du gouvernement », *Programmes - Gestion des urgences – Intervention*, 11 octobre 2005. En ligne, page consultée le 31 janvier 2005, <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/goc/index-fr.asp>.

SPC. 2005c. « Rapport sur le rendement 2004-2005 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 64 pages.

SPC. 2005d. « Nouvelle loi sur la gestion des urgences », *Communiqué – Sécurité publique Canada*. Ottawa : 17 novembre 2005.

SPC. 2004. « Rapport sur le rendement 2003-2004 », *Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada*. Ottawa, 69 pages.

SPC. 2003. « Assurer la santé et la sécurité du Canada », *Communiqué – SPC*. Ottawa, 12 décembre 2003.

Stern, Jessica. 1999. *The Ultimate Terrorists*. Cambridge : Harvard University Press, 214 pages.

St-John, Ron et Claude Giroux. 2002. « Terrorism and public health : The little known equation », *Canadian Journal of Public Health*, vol.93, no.3, pp.165-166.

Svoboda, Tomislav et al. 2004. « Public Health Measures to Control the Spread of the Severe Acute Respiratory Syndrome during the Outbreak in Toronto », *New England Journal of Medicine*, vol.350, no.23, pp.2352-2361.

Szabo, Paul. 2001. « Débats parlementaires », *Hansard Révisé*, no.79, 37^e législature, 1^{re} session. Ottawa, 17 septembre 2001.

Tucker, Jonathan. 2006. « Preventing the Misuse of Biology. Lessons from the Oversight of Smallpox Virus Research », *International Security*, vol.31, no.2, pp.116-150.

Ullman, Richard. 1983. « Redefining Security », *International Security*, vol.8, no.1, pp.129-153.

Vancilief, Lyle. 1996. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 35^e législature, 2^e session. Ottawa, 22 avril 1996.

Wæver, Ole. 2004. « Aberystwyth, Paris, Copenhagen. New « Schools » in Security Theory and their Origins between Core and Periphery », *International Studies Association*. Montréal, mars 2004, 26 pages.

Wæver, Ole. 1995. « Securitization and Desecuritization », *On Security*, dir. Ronnie D. Lipshutz. New York : Columbia University Press, pp.46-77.

Wasylycia-Leis, Judy. 1999. « Débats parlementaires », *Parlement du Canada - Hansard révisé*, 36^e législature, 2^e session, no.32. Ottawa, 1^{er} décembre 1999.

Weir, Erica. 2001. « Anthrax : walking the fine line between precaution and panic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, no.11, p.1528.

Weldes, Jutta et al. 1999. « Introduction : Constructing Insecurity », *Cultures of Insecurity*. Minneapolis : University of Minnesota Press, pp.1-33.

Weldes, Jutta. 1996. *Constructing National Interests. The United States and the Cuban Missile Crisis*. Minneapolis : University of Minnesota Press, 316 pages.

Wessely, Simon. 2003. « Chemicals: chemical accidents and chemical terrorism – the thing to fear is fear itself », *European Journal of Public Health*, vol.13, no.4, p.10.

Williams, Michael. 2003. « Worlds, Images, Enemies : Securitization and International Politics », *International Studies Quarterly*, 47, pp.511-531.

Wilson, Kumanan. 2000. « Health care, federalism and the new Social Union », *Canadian Medical Association Journal*, vol.162, no.8, pp.1171-1174.

Zénova, Aïda et Caroline Paulhus. 2007. « Le scandale du sang contaminé », *Zone Nouvelles* - *Radio Canada*. En ligne, page consultée le 22 avril 2007, <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/dossiers/sang/>.